كتاب
امراض العين

تأليف

الدكتور كورنيليوس فان دايك

تحقيق

الدكتور
محمد ظافر الوفائي

الدكتور
أمين مروان نصر

كتاب
أمراض العين

تأليف

الدكتور كورنيليوس فان دايك
١٨١٨ - ١٨٩٦م

تحقيق

الدكتور
محمد ظافر الوفائي

الدكتور
أمين مروان نصر

جَمِيعُ الحُقُوقِ مَحفُوظَة


طبع في :
دار النفائس بيروت - ص.ب : ١٤/٥١٥٢ - هاتف : ٨١٠١٩٤ - برقياً : دانفايسكو

الطبعة الأولى : ١٤١٢هـ - ١٩٩٢م

إهداء

يهدي المحققان هذا الكتاب إلى :

الأستاذ حسن فريد نصّار

حفيد الدكتور حسن نصّار

الذي قضى يافعاً قبل أن يحقق حلمه بنشر هذه المخطوطة النادرة . .

المحققـان

د. محمد ظافر الوفائي و د. أمين مروان نصر

طبع الكتاب على نفقة شركة (أميكو) للتجهيزات الطبية والعلمية .

أميكـو ـ جـدة

شركة الأمين للتجهيزات الطبية والعلمية

ص.ب. : ٣٨٧١ . تلفون : ١١٤٩ ـ ٦٦٠ .

جـدة : ٢١٤٨١ . فاكـس : ١١٤٦ ـ ٦٦٠ .

المملكة العربية السعودية . تلكس : ٦٤٦ ـ ٦٦٠ .

شكر وتقدير

يتقدم المحققان بخالص الشكر وجزيل الامتنان للزميل الفاضل الأستاذ الدكتور **كريم فؤاد طعمة** لما قدمه من إرشادات ونصائح علمية وفنية قيّمة كان لها أثراً بيّناً في إتمام التحقيق .

مُقَدّمَة

يسعدنا ويشرفنا بمناسبة مرور مئة وخمسة وعشرين عاماً على تأسيس الجامعة الأمريكية في بيروت (American University of Beirut (AUB)) أن نقدم لخريجيها عامة وخريجي كلية الطب فيها خاصة . . والمتخصصين منهم بطب العيون على وجه التحديد والدقة ، كتاباً يعتبر من بواكير ثمار هذا الصرح الشامخ الذي صمد رغم عاديات الدهر لمؤلف عالم عامل عملاق كان من مؤسسي وبناة هذا الصرح . . الكتاب هو (كتاب طب العين) والمؤلف هو الدكتور (كورنيليوس فان دايك) .

وإننا إذ نتقدم إلى الجامعة الأمريكية وعمادة كلية الطب فيها بهديتنا هذه إنما نتقدم بها عربون ولاء ووفاء آملين من الجامعة قبولها ونشرها . . . وراجين أن تكون حافزاً لزملائنا خريجي الكليات الأخرى للعمل على نبش آثار المؤلف وتحقيقها وتحديثها ونشرها اعترافاً لما له من فضل في إرساء قواعد هذا الصرح .

والله من وراء القصد .

المحققان

د. محمد ظافر الوفائي   د. أمين مروان نصر

الجامعة الأمريكية في سطور

تأسست الجامعة الأمريكية في بيروت عام ١٨٦٦ باسم الكلية السورية الإنجيلية بجهود من الدكتور دانيال بلس وغيره من المرسلين الأمريكان في سوريا واعتبارها (مدرسة وطنية وجعل لغتها العربية)[١] . وكان عدد طلابها آنئذٍ نحو عشرين طالباً فباشر الدكتور بلس ومعه اللغوي الشاعر الشيخ ناصيف اليازجي[٢] والرياضي المحقّق المعلم أسعد الشدودي[٣] لتعليم الرياضيات وأستاذ لتعليم الإنكليزية وآخر لتعليم الفرنسية . ثم افتتحت أبواب كلية الطب وكان أساتيذها حينئذٍ (فان دايك) ، و (بوست) و (يوحنا ورتبات) . ثم زيد عدد أساتيذها وطلابها واختير لها موقع للبناء على نجوة من رأس بيروت . وبذل الأساتيذ الأوائل الروّاد من الجهود ما لا تقدر في التأليف والتعريب والترجمة . واستمرت اللغة العربية لغة التدريس حتى عام ١٨٨٣ حيث استبدلت اللغة العربية باللغة الإنكليزية للتدريس . أما دواعي استبدال اللغة العربية باللغة الإنكليزية فغير معروفة ، غير أن فكرة الاستبدال طرحت في مقال نشره مدير الجامعة الأمريكية في المقتطف ١٨٨١/٧/٢٢ ، غير أن الظرف لم يكن مؤاتياً فأرجىء إلى عام ١٨٨٣ بقرار من جهة عليا (تشرف على الكلية وترشدها) قيل : إنها (المشيخة الأمريكية)[٤] .

---

(١) المقتطف : ٦٣٣/٩ .

(٢) ولد عام ١٨٠٠ في كفرشيما في لبنان وتوفي عام ١٨٧١ .

(٣) ولد عام ١٨٢٦ وتوفي ١٩٠٦ ، علّم الرياضيات في الجامعة وله من المؤلفات : (العروس البديعة في علم الطبيعة وأرجوزة الحكيم للحكيم وإهداء التوراة) .

(٤) شطي : ٤٩٣ .

وذُكر من ضمن الأسباب اضطرار الكلية آنذاك إلى الاستغناء عن بعض الأساتذة الذين كانوا يعرفون اللغة العربية وتعيين أساتذة جدد بدلاً منهم لم يكونوا من الضليعين باللغة العربية . أما سبب استغناء الكلية عن دعائم الكلية وروادها فقيل : إنه بسبب خطاب ألقاه الأستاذ الدكتور أدون لويس[1] ، أستاذ الكيمياء والرياضيات ، أشاد فيه بآراء داروين ، واعتبر البعض أن لويس متطرفاً من الجهة الدينية فأجبروه على الاستقالة . وتبعه ، تضامناً معه وتأييداً له ، عمدة المدرسة (فان دايك) الشهير . وقد وصفت هذه الحادثة (رزيئة رزئت بها المدرسة)[2] . يضاف إلى ذلك وفاة الشيخ ناصيف اليازجي ، وشيخوخة بعض الرواد ، ورغبة الهيئة المشرفة على المدرسة بتوسيع آفاق الانتفاع بها خارج البلاد العربية بعد أن ثبتت مكانتها ورسخت دعائمها في البلاد العربية . وما إن بوشر بالتعليم بالإنكليزية حتى أمَّ المدرسة طلاب من بلاد وجنسيات متعددة .

ومن هنا يتبين أن اللغة العربية كانت ولا زالت قادرة على استيعاب ومواكبة التطور العلمي ، ويقول الأمير مصطفى الشهابي في مقال نشره في المقتطف عدد (شباط ١٩١٥) : (كان التعليم بالعربية بادىء ذي بدء في الكلية الأمريكية وألّف أساتذتها المشهورون كتباً عربية ثمينة في بعض العلوم التي يدرّسونها ، ولو لم يجعلوا التعليم بعدئذٍ بالإنكليزية لكان للجامعة الأمريكية فضل كبير على لساننا العربي) .

---

(١) المقتطف : ١٥٨/٧ ـ ١٦٧ .

(٢) شطي : ٤٩٣ .

المؤلف
كورنيليوس فان دايك

مولده ، نشأته وثقافته :

ولد الدكتور كورنيليوس فان دايك في ١٣ آب (أغسطس) ١٨١٨ م في قرية (كند هوك) من أعمال ولاية نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية لوالدين هولنديين هاجرا إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأنجبا سبعة أولاد ، كان كورنيليوس أصغرهم . وكان أبوه طبيباً ، ولم يكن ميسور الحال وكان مسؤولاً عن إعالة أسرة كبيرة مما جعل الأسرة ترزأ تحت عبء مادي ثقيل . ومما زاد في العبء ثقلاً أن أباه اضطر إلى بيع عقاراته ومتاعه ليصون شرفه ويفي دَيْن صديق غير أمين كان قد كفله على دين كبير .

ظهر نبوغ كورنيليوس فان دايك منذ طفولته . . وقد ذكر أخوة له ، نقلاً عما سمعوه من أعمامهم ، أن أخاهم كان يتعلم في مدرسة في قريته فامتاز بالاجتهاد والثبات ، وبرع باللغتين اليونانية واللاتينية ففاق أقرانه ، وكان ولوعاً بالعلوم عامة والعلوم الحياتية (Biology) خاصة . فحفظ ، وهو طفل ، أسماء كل النباتات البرية في منطقته وتعلم ترتيبها وتقسيمها إلى رتبها وصفوفها وفصائلها وأنواعها حسب نظام (لينيوس) النباتي الشهير ، وجمع عينات منها ورتبها حتى صار عنده (منبتة) علمية وهو صبي صغير .

وكان شغوفاً بالمطالعة غير أن ضيق ذات اليد جعلته يلجأ إلى استعارة الكتب من رفاقه ، أو يستأجرها ، أو يخدم بعض مقتنيي الكتب لإرضاء نهمه . وكان في القرية طبيب معروف تحوي مكتبته الخاصة كمّاً لا بأس به ، ولما رأى من فان

دايك الدأب والإصرار فتح له مكتبته وسمح له بارتيادها وقتما يشاء . . فما كان من كورنيليوس الصبي إلا أن قرأ من مقتنيات هذه المكتبة كل ما أتيح له قراءته . . . وخاصة كتاب (كيڤيه) الشهير في علم الحيوان .

وبلغ من نبوغه أنه بدأ يعلِّم بعض طلاب وطالبات القرية علوم الكيمياء ، وهو ابن ثمانية عشرة سنة ، لقاء بعض المال يساعد به أسرته ويقضي بها حوائجه .

وقد أتيح له أن يعمل في صيدلية والده الطبيب ، فتعلم منه الشيء الكثير ثم تلقى بعض الدروس الطبية في سبرينكفيلد (Springfield)[1] ثم انتقل ليتم دروسه في جامعة جفرسن الطبية (Jefferson University) في مدينة فلادلفيا حيث نال شهادة الدكتوراه في الطب .

هجرته إلى بلاد الشام :

ولما بلغ الحادية والعشرين من عمره قدم إلى بلاد الشام مُرْسَلاً من قبل مجمع المرسلين الأمريكيين فحلَّ في بيروت ٢ نيسان (أبريل) ١٨٤٠ . وطفق يدرس العربية على أكبر أعلامها في ذلك الحين ، فكان من أساتذته المعلم بطرس البستاني ، الشيخ ناصيف اليازجي والشيخ يوسف الأسير الأزهري . . . وقد صدف أن سكن مع المعلم بطرس البستاني في بيت واحد وارتبطا برباط المودة والصداقة حتى وفاة المعلم البستاني ، فكان (فان دايك) أشد الناس حزناً لوفاته ولم يتمكن من تأبينه إلا بترديده عبارة : (يا صديق صباي) .

وبذلك كان (فان دايك) أول أجنبي أتقن اللغة العربية ونُطْقِها وبيانها بل وألَّف فيها حتى لم يعد يمتاز عن أولادها . كيف لا وقد تتلمذ على جهابذة اللغة العربية كالمعلم البستاني والشيخين اليازجي والأزهري .

وفي عام ١٨٤٢ انتقل إلى عيتات ، وهي قرية في جبال لبنان ، وهناك تزوج بالسيدة (جوليا) بنت (المستر أبت) قنصل إنكلترا في بيروت . وأنجب منها ولدين لم نعلم سوى أن واحداً منهم هو الدكتور (وليم فان دايك) كما وردت في ص ٨١ من كتاب (حياة كورنيليوس فان دايك) للبارودي ، ثم انتقل من عيتات

(١) لم يذكر مؤلف السيرة في أي ولاية تقع هذه المدينة .

إلى (عبيه) حيث أنشأ مع المعلم بطرس البستاني ، صديقه المخلص ، مدرسة عبيه الشهيرة . وشرع من يومه في تأليف الكتب اللازمة للتدريس في تلك المدرسة ، فألف كتاباً في الجغرافيا وآخر في الجبر والمقابلة ، وآخر في الهندسة ، وآخر في اللوغاريتمات ، وآخر في المثلثات البسيطة والكروية ، وفي سلك الأبحر . . . والطبيعيات . . .

ترجمته للتوراة :

وفي عام ١٨٤٧ تمّ تعيين (فان دايك) عضواً في لجنة المرسلين ، ومعه الدكتور (عالي سميث) والدكتور (طمسن) وغيرهما . وطُلب آنئذٍ من الدكتور عالي سميث ترجمة التوراة من اللغتين العبرية واليونانية إلى اللغة العربية . . فبدأ عام ١٨٤٩ بمعاونة المعلم بطرس البستاني بالترجمة بعد الدرس والتمحيص ، وذكر قبل وفاته ، في ١١ كانون الثاني ١٨٥٧ ، أنه (لا يحسب أن أكمل شيئاً من الترجمة إلا عشر إصحاحات من سفر التكوين) . فما كان من المجمع الأمريكي للمرسلين وجمعية الكتب المقدسة إلّا أن قررت انتداب الدكتور (فان دايك) لمراجعة الأقسام المترجمة وإكمال ترجمة باقي الكتاب المقدس ، وكان في هذه الأثناء متولياً إدارة المطبعة الأمريكية ، وتجشم في ذلك عناءً ما بعده عناء فكان يترجم ويراجع ويصحح ويشرف على المطبعة ، وكان (فان دايك) أول من أدخل التشكيل على الحروف فكانت أحسن مطابع المشرق وأشهرها . . وانتهى (فان دايك) ، بعد لأي ، من ترجمة الكتاب المقدس عام ١٨٦٤ . وبعثه مجمع المرسلين إلى الولايات المتحدة ١٨٦٥ ليتولى أمر طبعها وعمل الصفائح بالكهربائية لها ، فأقام هناك سنتين حيث أتم مهمته ثم عاد إلى سورية ١٨٦٧ . وكان أثناء وجوده في أمريكا يدرّس العبرانية في مدرسة (يونيون اللاهوتية) ، وعرضت عليه عمادة المدرسة أن يتولى منصب أستاذ العبرانية وعينت له راتباً كبيراً ، فاعتذر عن قبوله المنصب وقال عبارته المشهورة : (إنما تركت قلبي في سورية فلا لذة لي إلا بالعودة إليها) .

وصدف في تلك الفترة أن صدر أمر بإنشاء المدرسة الكلية السورية في بيروت على نفقة جماعة من أهل الخير في الولايات المتحدة الأمريكية بأمريكا ، فعَرضت عليه عمدتها الكبرى في أمريكا أن يكون أستاذاً فيها فأجابها إلى ذلك الطلب ، ثم

طلبت إليه أن يعيِّن راتبه السنوي بنفسه فكتب ٨٠٠ ريال مع أن راتب أصغر أستاذ فيها لا يقل عن ١٥٠٠ ريال .

تأسيسه الجامعة الأمريكيـة :

ولما وصل إلى بيروت باشر بترتيب وتأسيس المدرسة الكلية الطبية مع صديقه الدكتور يوحنا ورتبات . . . ولم يكن في المدرسة أستاذ للكيمياء أو أية أدوات كيمائية عدا قضيب زجاج وقنينة عتيقة ، فأنفق من ماله الخاص مائتين ليرة إنكليزية لتأسيس مخبر الكيمياء ، وألّف كتاباً مختصراً في مبادىء الكيمياء ، وطفق يدرّس هذه المادة ستة سنوات متواليات وينفق على لوازم التدريس من جيبه ، ولما جاء أستاذ الكيمياء بقي يدرُس العربية سنتين ثم اعتزل الدكتور (فان دايك) المنصب وترك للمدرسة كل ما أنفق على المختبر .

كما تولى منصب أستاذ ثالث ، وهو أستاذ علم الفلك ، إذ لم يكن لدى الجامعة من المال ما يمكنها به من توظيف أستاذ لتدريس هذه المادة ، فتطوع (فان دايك) لتدريسها وألّف لها كتاباً مسهباً وطبعه على نفقته ، كما شرع ببناء مرصد الجامعة وابتاع له من الآلات ما بلغت قيمته ٧٠٠ ليرة إنكليزية .

كما درّس مادة (الباثولوجيا) وألّف فيها كتاباً ، كما كان يطبب في مستشفى (مار يوحنا) ويهتم بتأليف النشرة الأسبوعية .

وقد كان (فان دايك) بحق رجل العلم والعمل ، وقد اشتهر عنه بين أصدقائه : (إذا رمت أن تكون على رضى مع (فان دايك) فإياك أن تشغله بشاغل عن المدرسة الكلية ، وإذا أردت أن تسرّ قلبه فكلمه عن المدرسة والتلامذة والمرصد والتأليف) . وكان إذا نُصح بالإقلال من العمل والخلود للراحة أجاب : (أخاف أن يفاجأني مرض أو يعارضني معارض فأكون سبب خسارة لكل من تتعلق أشغالهم ومصالحهم بي ، فالواجب عليّ أن أكون سباقاً في إنجاز أشغالي حذراً من ذلك) .

وبقي يطبب في مستشفى (مار يوحنا) إلى أن اضطر إلى تركه على غير رضى منه ، فانتقل ليحيي في الوجود مستشفى (طائفة الروم الأرثوذكسيين) . وأخيراً اضطر للاستقالة من المدرسة الكلية ، فكانت استقالته إحدى أكبر الكوارث التي

رزئت بها الجامعة الأمريكية منذ إنشائها . وكانت ردة فعل رجال الفكر والعلم في الوطن العربي عامة ، وسوريا خاصة ، مفعمة بالأسى والحزن وخيبة الأمل لخسارة عملاق قضى عمره في عمل البحث والتعليم والتأليف والتثقيف والمراسلة والمطالعة والتجارب العلمية ونشر المقالات في جريدة (المقتطف) التي اقترح هو اسمها على كل من الدكتور يعقوب صروف ، والدكتور فارس نمر . وساعد بما له من مكانة اجتماعية ، وعلاقات شخصية ، بالحصول على الرخصة السلطانية ، وكتب فصول أطباء اليونان والشرق في الجزء الثاني الذي صدر في غرّة تموز ١٨٧٦ .

شخصيته ، تواضعه وحبه للشرق :

وقد اشتهر عنه التواضع والحلم ، ومن الشواهد على تواضعه ما قاله لأحد علماء دمشق جاء مع من جاؤوا من العلماء للسلام على الدكتور (فان دايك) فراح ذلك الشيخ يمتدح (فان دايك) ويطنب في مدحه ثم قال متعجباً : (وبأي المواهب يبلغ الناس هذا المبلغ) ، فأجابه (فان دايك) : (يبلغه أحقرهم بالاجتهاد ، فمن جدَّ وجد) .

كما عرف عنه أنه كان يجتزىء باليسر من الطعام والملبس ، يؤثر العزلة على الاجتماع ، والاجتماع مع من احتاجه على العزلة .

وكان من أقواله المشهورة ومما دوَّنه تلامذته : (شرف الإنسان بما يفعله من الأفعال الجميلة لا بما يذكره عن آبائه وأجداده من الأعمال الجليلة ، لأن الافتخار الحقيقي يجب أن يكون للمرء بصفاته المجيدة العصامية لا بخصائصه الطبيعية وأعماله العظامية) .

وكان يردد :

كن ابن من شئت واكتسب أدباً   يغنيك مضمونه عن النسبِ
إن الفتى من يقول ها أنا ذا   ليس الفتى من يقول كان أبي

وفي الفضل كان يقول :

أفضل العلم وقوف المرء عند علمه وتحقق علم غيره ،

وأفضل المعرفة معرفة الشخص نفسه واعتبار سلوك غيره ،
وأفضل المروءة استبقاء ماء وجهه وصون ماء وجه أخيه .

وكان ودوداً ويردد كثيراً قول الشاعر :

لا تجفونَّ أخاً وإن أبصرته ... لك جافياً ولما تُحب منافيا
فالغصن يذبل ثم يصبح ناضراً ... والماء يكدر ثم يرجع صافيا

وشاهد آخر ، إجابته لامبراطور البرازيل الذي زار بيروت وأخذ يمدح (فان دايك) وقال له : (إني سمعت بترجمتك للتوراة) . . فقاطعه (فان دايك) قائلاً : (لعله لم يبلغ جلالتكم أني لست مترجمها الوحيد ، فقد شرع في ذلك المرحوم عالي سميث وأتممت أنا ما بقي بعد موته) .

وبلغ من حبه للشرق وأهله أنه اقتبس عوائدهم . وتزيّا بزيهم زماناً طويلاً في المأكل والملبس والمشرب . وقد كتبت جمعية الروم الأرثوذكسيين في تقريرها السنوي عام ١٨٨٥ : (الدكتور كورنيليوس فان دايك مؤازرها ومناصرها وطبيب مرضاها ومرشد مستشفاها والمتصدق إليها ، وحسبه أجراً وفخراً وجوده على رغم الشيخوخة في مخدع التطبيب والمرضى شاخصون إليه ، هذا يستنيله قليلاً وذاك يسأله الدواء ، وذلك يرجو الشفاء عليلاً ، وهو يحبو هذا بالعطاء وذاك بالدواء وذلك بكلمة أشفى من دواء) . كما ذكر في التقرير ذاته : (إنه لا تفتح عيناه إلا على لائذٍ بجنابه ، ولا يغلق في المساء بابه إلا على منصرف مرتضٍ أو واقف في بابه . ولا يأوي في ليلته غرفته إلا ليكب على مكتوباته وكتابه ، حياة امتلأت بطاعة الحداثة ونشاط الصبا ومروءة الفتوة وإقدام الشباب ومقدرة الكهولة وحكمة الشيوخ وهي في كل أدوارها ذكاء وفطنة ، ودرس ومعرفة ، وعلم وعمل ، واستفادة وإفادة ، وعبادة لله وحب للتقريب وخدمة للإنسانية) .

من منجزاته :

لعل أبلغ ما نقتبس عن منجزات (فان دايك) ما قاله الدكتور (إدي) بمناسبة الاحتفال باليوبيل الذهبي لحضوره إلى لبنان عام ١٨٩٠ : (ونهنؤك على ما عانيته من التغير في معاملة الإنجيليين ، فإنهم بعد أن كانوا نفراً يُعدّون بالأصابع ،

وتحت رحمة رؤساء مللهم الأصلية ، أصبحوا يعاملون بنظام خاص صدرت به الإرادة السنية السلطانية بعد حلولكم في سوريا بست سنوات ، وصاروا يتعاملون بالعدالة والنظام العثماني وأصبح عددهم الآن يربو على أربعة آلاف من دافعي الخراج) .

ـ وبعد مجيئك بثمان سنوات تشيدت أول كنيسة إنجيلية في سوريا كان فيها أولاً ١٨ نفراً التأموا من جميع جهات بيروت ولبنان ، والآن صار عدد أعضاء الكنيسة ١٦٢٧ شخصاً .

ـ ولم يكن للتبشير حينئذ سوى أربعة مراكز ، والآن أصبحت نحو مائة يتردد إليها ما ينيف على خمسة آلاف نفر ،

ـ ولم يكن وقتئذ معبد للطائفة ، وأما الآن فصار لها نحو ٣٠ معبداً .

ـ ولم يكن آنئذ سوى مدرسة عالية واثنا عشرة مدرسة ابتدائية للصبيان ومدرسة بسيطة للبنات ، أما الآن فصارت تحت رعاية المجمع الأمريكي مدرسة لاهوتية وثلاث مدارس عالية للإناث وتسع عشرة مدرسة عالية و ١١٧ مدرسة ابتدائية ونحو ستة آلاف طالب ثلثهم من الإناث .

ـ وقد حدث في أيامك تغير عظيم في المطبعة ، فلم يكن حينئذ للطبع سوى آلة صغيرة تدار باليد ، يوم كانت المدارس في أشد الحاجة للكتب والمطبوعات الدينية والدنيوية ، والآن بلغ عدد الكتب المتنوعة في قائمة المطبعة الأمريكانية نحو أربعة آلاف كتاب ، وغدت الآلة الكبيرة تدار بالبخار وما عداها ست يدوية ، وآلات عديدة لسكب الحروف وحفر الصور وطبع الحبر والتلبيس والتجليد تُجهز من خمسين إلى مئة ألف مجلد . . فما أعظم التقدم الذي حصل بهمتك خاصة وعناية رفاقك عامة .

وفاته ومراثيه :

توفي العلامة (كورنيليوس فان دايك) في ١٣ تشرين الثاني (نوفمبر) ١٨٩٦ عن عمر جاوز الثمانية والسبعين قليلاً ، قضاها في العلم والعمل ونشر المعارف الجمة . وإننا لنرى لزاماً علينا أن نقتطف بعض الأبيات من بعض القصائد العديدة التي قيلت في رثائه .

قال الشاعر إبراهيم الحوراني في قصيدته التي مطلعها :

مات الطبيب بداء من داواه   وشفاه فالقدر الذي أعياه

قال :

أسفي على فان دايك ما بكت العلى   أربابها وبكى اليتيم أباه
أسفي على شمس المحيا ما بدت   شمس الصباح وجددت ذكراه
أسفي على بحر المعارف ما جرت   سفن بما أملىٰ لنا ورواه
أسفي على من كان يمنع نفسه   رغداً ويمنح طالباً جدواه
أسفي وما أسفي عليّ بنافع   والمرء يربي خطبه بِأساه

كما قال الشاعر (إلياس حنيكاتي) البيروتي في قصيدته التي مطلعها :

ليس يا قوم للفؤاد عزاء   في ديار سكانها غرباء

قال :

الطبيب اللبيب فان دايك من كا . . .   نت تباهي بشخصه الأدباء
فيلسوف الشرق الذي حاز ذكراً   عاطراً شُرفت به الأنحاء
قد فقدنا بفقده طود علم   كان منه لشرقنا الارتقاء
قد فقدنا بفقده خير شهم   ليس يكفي لذاته نظراء
قد فقدنا واللّهِ أثمن ذخر   حسدت أرضنا عليه السماء
ليس بدعاً إذا بكينا دماء   فعلى مثله يحق البكاء

ثم ختم القصيدة قائلاً :

رحم اللّه منك بدراً وعزّى   آلك الغر ما شدت ورقاء

وقال الشاعر عباس المصفي :

غادت يا قطب المعارف والحجى   كل العلوم فإنها أيتام
وتركت مرصدك الذي أضحى له   بعد الفراق تفجع وهيام
وبكاك فن الطب يا قطب فما   لسواك كان تشتكي الأجسام
وكذا الرياضيات أظهرت الأسى   وأبت بأن يَكُ ما عداك إمام
وكذا بكاك النقش في الحجر الذي   رقمت به الآراء والأحكام

فلتسق يا فنديك قبرك مزنة ... ويسح للرضوان فيه غمام

وقال الشاعر الدكتور سليم ناصيف عطية من سوق الغرب في قصيدته :

قضى أب الطب رب العلم سيده ... ركن التقى المالىء الدنيا بما وهبا
ومن أعاد لنا الشيخ الرئيس[1] ومن ... أحيا الليالي حتى ألّف الكتبا

كما نعاه الأديب السوري الكبير فارس الخوري المدرّس في المدرسة الكلية السورية الإنجيلية في قصيدته المطوّلة والتي بلغ عدد أبياتها ثمانين بيتاً وكان مطلعها :

إن قاربكِ السلوان فافتهمي ... مقالتي واستشيري جمرة الألم

قال :

قد كان أفصح آل العلم في لسن ... وها رمَتْه يد الأيام بالبكم
وقد كان أحكم من أولى الورى حكماً ... والآن في الصمت يبدي أفصح الحكم
قد كان قرّاع جيش الدهر منتصراً ... حتى رمى في حشاه سهم منتقم
قد كان يقظان عين لا ينام إلى ... أن تستكن وتغفو أعين النجم
قد كان ذا عزم فتيان بلا ملل ... وإن يكن في مقام الشيب والهرم
قد كان شهماً تقياً فاضلاً ورعاً ... كذا هو بحبال الله معتصم
قد كان للفضل معضاداً ومنتصراً ... زكى الشذا في السجايا عاطر الشيم
قد كان نبراساً في كل داجية ... وكان نصّاراً في كل مصطدم
قد كان أستاذاً في كل مشكلة ... فصل الخطاب لدى إشكال مختصم
قد كان يمتاز في لين العريكة عن ... كل امرىء بالصفات الغرّ متهم
قد كان سيد كل العارفين وها ... أضحى به معقل العرفان كالرمم
قد كان في طرق الأيام قائدنا ... في كل مبتدأ منها ومرتكم
قد كان للكل معواناً فما طمحت ... في العمر أبصاره إلا لخيرهم
طبيب علتنا فرّاج كربتنا ... روّاء غلتنا جبّار منثلم
فقال خير إذا ما قل فاعله ... بغير كسب الثنا والحمد لم يهم

(١) الشيخ الرئيس هو : ابن سينا .

ثم قـال :

ناشدتك الله قل لي هل في الورى أحد   قد ذاق لوعتنا في العرب والعجم

ثم يذكر على لسان سوريا ومصر بعد أن سألهما عن أسباب اللوعة فأجابا :

قالا بنو الفيلسوف المرتدي كرماً   فنديك راعي المعالي صاحب الهمم
وما هي غير سوريا ومصر   ينوحان على والد بالبين مختترم

ومن قصيدة للشاعر موسى يوسف من (جديدة مرجعيون) :

قد هوى من جو المعارف حتى   مادَ منه ركن الحجى وتقلب
كوكب العلم في سما الشرق   فنديك النطاسي والحكيم المجرب

وقد نعاه كل من عرفه وكثير ممن لم يعرفه ، فكتبت عنه أكثر الجرائد والمجلات المعروفة آنئذ نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر بعض المجلات والجرائد العلمية : المقتطف والهلال والطبيب والبيان والصفا ، واللطائف والمنار والمحبة والنشرة في مصر وبيروت . ومنها السياسية كحديقة الأخبار وثمرات الفنون ولسان الحال وبيروت والمصباح ولبنان والروضة والأرز من لبنان .

وطرابلس والشام من جرائد بر الشام ، والأهرام والمحروسة والفلاح والمقطم والرقيب من جرائد مصر .

مؤلفاته :

(مؤلفات كورنيليوس فان دايك وتراجمه)

١ - (كتاب في الأصول الهندسية وهو مشتمل على كتب إقليدس الستة ومضافات في تربيع الدائرة وهندسة الأجسام وأصول قياس المثلثات المستوية والكروية) ، صفحاته ٣١٢ ، طبع في مطبعة الأميركان في بيروت سنة ١٨٥٧ وطبع معظمه ثانية في نفس المطبعة سنة ١٨٨٩ .

٢ - (أصول الإيمان المسيحي) ، صفحاته ٨٠ ، طبع في بيروت سنة ١٨٥٧ .

٣ - (كتاب محيط الدائرة في علمَيْ العروض والقافية) ، صفحاته ١٢٣ ، طبع في بيروت سنة ١٨٥٧ .

٤ - (ترجمة العهد الجديد) ، طبع ببيروت في ٢٩ أذار سنة ١٨٦٠ .

٥ - (ترجمة العهد القديم) ، طبع ببيروت في ١٠ أذار سنة ١٨٦٥ .

٦ - (النشرة الأسبوعية) ، أول طبعها ببيروت سنة ١٨٦٦ .

٧ - (رسالة في الجدري والحصبة) ، طبعت بنفقة المدرسة الكلية السورية الإنجيلية في بيروت سنة ١٨٧٢[١] .

وفي مقدمتها قال : (لما كانت هذه الرسالة قليلة الوجود استحسنت عمدة الإدارة للمدرسة الكلية السورية الإنجيلية طبعها حفظاً لها من الدثور . وأمرت بإضافة بعض الشروح إليها إصلاحاً للخطأ وإيضاحاً لما قد يشكل على القراء ، وبالله التوفيق) .

وقد ضبط الكتاب على بعض النسخ المطبوعة في بلاد أوروبا وعلى نسخة في مكتبة الدوكية في المدينة البندقية .

٨ - (كتاب في اللوغرذمات والأنساب وفي مساحة المثلثات المستوية ومساحة السطوح الأجسام ومساحة الأراضي وسلك البحر والعبارات النسبية لمساحة المثلثات الكروية) ، طبع في بيروت سنة ١٨٧٣ .

٩ - (أصول علم الهيئة (الفلك)) ، صفحاته ٢٨٨ فيه مئات من الرسوم ، طبع في بيروت سنة ١٨٧٤ .

١٠ - (رسالة الافتخار بالصليب) على قول الرسول غل ٦ : ١٤ ، صفحاتها ١٥ ، طبعت بنفقة شمس البر فرع جمعية اتحاد الشبان المسيحيين في بريطانيا سنة ١٨٧٤ .

١١ - (أصول التشخيص الطبيعي) ، صفحاته ١٢٨ ، طبع بنفقة المدرسة الكلية السورية الإنجيلية في بيروت سنة ١٨٧٤ .

---

(١) لعله تحقيق لرسالة الرازي في الحصبة والجدري .

١٢ ـ (كتاب الروضة الزهرية في الأصول الجبرية) ، صفحاته ٢٦٤ ، طبع ثانية في بيروت سنة ١٨٧٧ .

١٣ ـ (أصول الباثولوجيا الداخلية) أي مبادىء الطب البشري النظري والعملي ، صفحاته ١٠٤٨ ، طبع في بيروت سنة ١٨٧٨ .

١٤ ـ (ترجمة تاريخ الإصلاح في القرن السادس عشر) للعلامة ميرل دوبينياه ، المجلد الأول ، صفحاته ٧٥٨ ، المجلد الثاني صفحاته ٧٠٠ ، طبع في بيروت سنة ١٨٧٨ .

١٥ ـ (السهم الطيار والفخ القرار لتوقية الكروم من الثعالب الصغار) ، صفحاته ١٢ ، طبع في المطبعة الأمريكية سنة ١٨٨٢ .

(أراد بالثعالب العيوب كالحسد ومحبة المجد العالمي والافتخار بشرف الحسب والنسب أو احتقار من نظنه دوننا ، والخساسة والإسراف وسوء الخلق وقساوة الطبع والمزح وكلام الهزل والكسل) .

١٦ ـ (ترجمة قصة بيت شونبرج وكوتا) ، تأليف الخاتون مدام تشارلس ، صفحاتها ٥٧٠ ، ترجمت من الإنكليزية وطبعت بنفقة جمعية لندن لطبع الكراريس سنة ١٨٨٥ .

١٧ ـ (النقش في الحجر) :

(الجزء الأول): صفحاته ١٢٧، موضوعه الطبيعة والعلم ونواميس المادة، طبع في المطبعة الأدبية بالرخصة الرسمية من نظارة المعارف الجليلة في الآستانة العلية نمرو ٨٣٤، بتاريخ ١٠ ربيع الأول سنة ١٣٠٣ هـ ـ ١٨٨٦ م.

(الجزء الثاني) : صفحاته ١٤٦ ، موضوعه علم الكيمياء قدمه إلى الشاب الذكي البارع سعادتلو السيد حسن ابن السيد عبد القادر ابن الحاج عبد الله بيهم ، اعتباراً لما بذله جنابه من الجهد والعناء في خدمة المعارف وإذاعتها ، طبع في نفس المطبعة وبالرخصة ذاتها سنة ١٨٨٦ .

(الجزء الثالث) : صفحاته ١٢٦ ، موضوعه الطبيعيات ونواميسها العامة ، طبع في المطبعة الأدبية بالرخصة الرسمية نفسها .

(الجزء الرابع) : صفحاته ١٠٢ ، موضوعه الجغرافية الطبيعية ، طبع في المطبعة الأدبية سنة ١٨٨٧ .

(الجزء الخامس) : صفحاته ١٢٣ ، موضوعه الجيولوجيا أي طبقات الصخور . قدمه إلى حضرة الشيخ الجليل العالم النحرير صاحب السماحة محمود أفندي حمزة مفتي الأنام في دمشق ، تقدمة الاحترام لشخصه والمقام ، طبع في المطبعة الأدبية سنة ١٨٨٧ .

(الجزء السادس) : صفحاته ١٢٤ ، في علم الهيئة يقرب الأقصى بلفظ موجز ، طبع في المطبعة الأدبية سنة ١٨٨٨ ، قدمه إلى حضرات الأجلاء عمدة مدرسة كفتين من أهالي طرابلس الفيحاء شكراً على ما بذلوه من الجهد في تسهيل وسائل المعارف لأبناء الوطن .

(الجزء السابع) : صفحاته ١٣٠ ، في علم النبات ، قدمه إلى جريدة المقتطف الأغر ، وهي المجلة الأولى العلمية العربية التي أنشئت في العصر الحديث وإن كثرت بعده الجرائد العلمية فهو بسبق حائز تفضيلاً لأن الفضل للمتقدم ، طبع في المطبعة الأدبية سنة ١٨٨٨ .

(الجزء الثامن) : صفحاته ١٤٠ ، في علم المنطق ، طبع بالرخصة نفسها في المطبعة المذكورة سنة ١٨٨٨ .

١٨ ـ (كتاب المرآة الوضية في الكرة الأرضية) ، صفحاته ٥٠٢ ، قدمه إلى الشيخ الجليل ذي الفضل العالم العلامة الرياضي والطبيب النطاسي الدكتور ميخائيل مشاقة إقراراً بفضله العميم لاشتراكه قلباً وعملاً مع كل من خدم المعارف في البلاد الشرقية ، طبع في بيروت ثالثة سنة ١٨٨٦ .

١٩ ـ (كتاب إرواء الظماء من محاسن القبة الزرقاء) ، صفحاته ٢٣٩ ، ألفه سنة ١٨٨٨ وصدره بقول ابن حسن التاجي :

انظر إلى حسن تكوين السماء وقد ... لاحت كواكبها والليل ديجور
كأنها خيمة ليست على عمدٍ ... زرقاء قد رصعت فيها الدنانير

طبع في مطبعة الأمريكان في بيروت سنة ١٨٩٣ .

وما أحلى قوله رحمه الله في ديباجته :

« أين الشبان الأغنياء الذين يبنون لأنفسهم مراصد لرصد الحوادث والظواهر الطبيعية ودرس مواقع الأفلاك لذةً لأنفسهم وإفادةً لأصحابهم ونفعاً لجيلهم فضلاً عن اللذة الدائمة الشريفة التي كانوا يلتذون بها من قبل التأمل بغرائب الكون ومحاسنه . وأين سنة ذلك من الانكباب على الكوَلّ والنرد والشطرنج ، وأكل الطعام وشرب المدام ونطيط الرقص ، الأمور المعمية للعقول المضعفة للأجسام المفسدة للأخلاق . ولله در القائل :

سهري لتنقيح العلوم ألذّ لي ... من وصل غانية وطيب عناق
وتمايلي طرباً لكل عويصة ... في الذهن أبلغ من مدامة ساقي
وصرير أقلامي على صفحاتها ... أشهى من الدوكاه[1] والعشاق
وألذ من نقر الفتاة لدفها ... نقري لألقي الرمل عن أوراقي[2]

٢٠ - (كتاب كشف الأباطيل في عبادة الصور والتماثيل) ، صفحاته ٤٦ ، طبع رابعة في بيروت سنة ١٨٨١ .

٢١ - (كتاب بزوغ النور على ابن حور) ، صفحاته ٥٠٠ ، وهو رواية عن عصر يسوع المسيح ، تأليف صاحب السعادة ليو ولص ، سفير الولايات المتحدة الأمريكية سابقاً لدى الدولة العثمانية ، ترجمه بتصرف في أواخر حياته ، وعندما أنجز ترجمته توفاه الله إلى رحمته ، ثم بعد وفاته طبع في مطبعة المقتطف بمصر سنة ١٨٩٦ .

٢٢ - (كتاب طب العين) ، وفيه عشرات من الرسوم ، لم يطبع .

٢٣ - (كتاب الباثولوجيا المرضية) لم يطبع منه سوى بعض مقالات سمح لنا في حياته أن نثبتها في مجلتنا الطبية .

---

(١) الدوكاه : هو فرع لأحد المقامات الموسيقية السبع وهي : البياتي ، الصبا، الراست، العجم ، السيكاه ، الحجاز، والنهاوند.

(٢) كان الكتّاب في القديم يلقون الرمل على الصفحات بعد الكتابة عليها بالحبر لكي يجف الحبر ولا يسيل ، ولا زلت أذكر أنني استعملتها في عهد طفولتي (ظافر) .

٢٤ ـ (كتاب الباثولوجيا العامة) ، لم يطبع .

٢٥ ـ (تاريخ الأطباء) ، قد أثبت بعض نبذ منه في مجلة المقتطف في سنيها الأولى .

وقال رحمه الله في ديباجية كتاب (مبادىء علم الميترورولوجيا) أي (الظواهر الجوية) . تأليف (إلياس لومس) الأستاذ في مدرسة (بيل) الذي ترجمه إلى العربية جناب العالم الفاضل الدكتور فارس أفندي نمر ب . ع . يوم كان معلماً في المدرسة الكلية السورية الإنجيلية في بيروت ما نصه بالحرف :

إلى القارى ؛

لما كانت الظواهر الجوية واقعة تحت نظر الناس من العال والدون . ولما كان كثير منها قد أشغل عقول العلماء لغرابتها وعسر معرفة عللها وأوهمت عقول البسطاء والسذج وأفزعتهم بدون داع ولا سبب ، ولم يكن في اللغة العربية كتاب في هذا الفن يوضح ما عرف من تلك الظواهر ويدل على كيفية رصدها وتقييد الرصد لكي تعين على التقدم إلى معرفة ما لم يزل مجهولاً من جهة علل حوادث جوية كثيرة الوقوع .

ولما رأيت كتاب الأستاذ الدكتور إلياس لومس من أفضل ما تألف إلى الآن في هذا الفن كلفت إلى ترجمته تلميذي ومعيني في المرصد الفلكي والمتيورولوجي المعلم الفارس نمر ب . ع . فأجاب طلبي وقد أكمل العمل على أتم المراد ثم أضفت إلى كتاب الأستاذ لومس المشار إليه بعض الأمور التي لم يذكرها مقتبساً إياها من عدة مصادر ومؤلفات في هذا الفن وذلك لإتمام الفائدة ؛ وتلك المضافات تعرف بكونها محصورة بين علامتين (( )). والمأمول أن هذا المؤلف يرغب على الأقل بعضاً من أهل الشرق في اقتناء الآلات اللازمة لرصد الحوادث الجوية لعلهم يعينون على اكتشاف بعض مكنونات الطبيعة ومستوراتها ، وبذلك يفيدون أنفسهم وينفعون الآخرين . وكان الفراغ من طبعه في ٥ تموز سنة ١٨٧٦ على نفقة المدرسة الكلية السورية الإنجيلية .

الكتاب

ما أن تعرفت بالدكتور أمين مروان نصر في الرياض عام ١٩٨٤ ، عندما عملنا معاً في مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون ، وعرف عني اهتمامي الشديد بنبش وتحقيق ونشر كتب التراث الطبي الإسلامي والعربي المتخصصة بطب العيون (علم الكحالة) ، حتى ذكر لي أن بحوزته مخطوطة نادرة فريدة عن طب العيون ألّفها الدكتور (كورنيليوس فان دايك) أحد مؤسسي الجامعة الأمريكية في بيروت، **كان قد كتبها الدكتور فان دايك وأهداها لجد أم الدكتور نصر الدكتور حسن نصار** من قرية المنصف في جبال لبنان. . وتمنى لو أتيح لنا أن نحقق هذه المخطوطة ونحدِّث معلوماتها ثم نشرها. . . ثم تحولت أمنيته إلى هاجس شغل فكره وتفكيره. . . ولا أذكر مرة اجتمعت به فيها إلا وذكر لي تلك المخطوطة. . . وكنت آنئذٍ في غمرة تحقيق أربعة كتب تعتبر من أمهات الكحالة في التراث الطبي، بالاشتراك مع أستاذي وأخي الدكتور محمد رواس قلعه جي، أستاذ الفقه المقارن في جامعة الملك سعود بالرياض هي :

١ ـ **نور العيون وجامع الفنون** ، لصلاح الدين الكحال الحموي .
٢ ـ **المهذب في الكحل المجرب** ، لعلاء الدين بن أبي الحزم القرشي (ابن النفيس) .
٣ ـ **الكافي في الكحل** ، لخليفة بن أبي المحاسن الحلبي .
٤ ـ **المرشد في الكحل** ، لمحمد بن قسوم بن أسلم الغافقي .

غير أن انشغالي بتحقيق تلك الكتب ، إضافة إلى المسؤوليات الكبيرة التي تمليها عليّ مسؤولياتي الطبية في مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون كانا

السببين الرئيسيين لعدم أخذ مشروع تحقيق كتاب (فان دايك) مأخذ الجد .

وما أن انتهيت من طبع كتاب (المرشد) عام ١٩٩٠ ، والذي تبنت نشره مشكورة مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية بالرياض ، حتى طلبت من الزميل الدكتور نصر أن يعيرني المخطوطة للاطلاع عليها ، فقرأتها قراءة عابرة عام ١٩٩٠ ، ثم قراءة ثانية أكثر إمعاناً في ربيع ١٩٩١ . . . فوجدتها مخطوطة نادرة ليس لكونها الوحيدة فحسب بل ولأن مضمونها مما يشحذ الهمة ويثير الفضول لا سيما وأنها كتبت في أواخر القرن التاسع عشر ، وأن مؤلفها عاش في العقود المتوسطة لذاك القرن ، فعاصر النهضة العلمية في أوروبا حيث لمعت في مجال طب العيون أسماء عدَّة خلدتها اكتشافاتهم العلمية واختراعاتهم لأجهزة تشخيصية وعلاجية يصعب حصرها. فهناك فون كريفي ، وهيلمهولتز ، وماكلاكوف ، وغولدمان وغيرهم الكثير . . إضافة إلى أنها تعتبر بحق آخر مخطوطة (على ما أعلم) في طب العيون باللغة العربية قبل شيوع الطباعة . . . فقد كانت مخطوطة . . . (كشف الرين في أمراض العين) التي كتبها (محمد بن إبراهيم بن صاعد الأنصاري) المشهور بـ (ابن الأكفاني) في حوالي (٧٤٩ هـ - ١٣٤٩ م) والتي حققناها مؤخراً ، وهي قيد الطبع في الرياض الآن، هي آخر ما نعلم في هذا المجال .

وكذلك فإن مخطوطة الدكتور فان دايك ، تعتبر بحق صلة الوصل بين مرحلة الانحطاط العلمي العربي الذي بدأ بسقوط بغداد في الشرق ١٢٥٦ م على يد هولاكو، ثم سقوط غرناطة في المغرب عام ١٤٩٢ م بيد إيزابيلا وفرديناند. . . فبعد أن عاشت الأمة العربية فترة سادت فيها العلوم النظرية والتطبيقية عصرها الذهبي ، كانت تلك الهجعة التي لا يعلم إلا الله مداها ومنتهاها . وعلى هذا فإن ظهور مخطوطة عربية جديدة في طب العيون بعد أكثر من خمسة قرون من الاحتجاب لجدير بأن أضعها على رأس قائمة أولوياتي ، ووعدت الزميل الدكتور نصر بأن أعكف على تحقيقها في صيف ١٩٩١ خلال إجازتي السنوية . . . ولم أكن أدر آنئذٍ عمق المسؤولية وأبعاد هذا التحدي . . . فدفعت بالمخطوطة إلى الشاب النشيط الأستاذ ماجد الرفاعي ، في مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية ، فطبعها على (منسق الكلمات) وأعادها لي ، وحملتها فيما حملت

لقضاء إجازتي الصيفية بزيارة ابنتي وزوجها في مدينة (هيوستن) بولاية (تكساس) . . . وبدأت بالقراءة والتحقيق . . . وهناك فقط عرفت القيمتين الحقيقيتين العلمية والتراثية لهذا الكتاب فهو :

١ ـ أول كتاب في طب العيون باللغة العربية بعد عصر الانحطاط . . . وكان مجموعة من المحاضرات ألقاها عالم كبير في جامعة شابة فتية تخطو أولى خطواتها على طريق نشر التعليم العالي . . . وباللغة العربية في عصر ساد فيه التتريك على يد الدولة العثمانية .

٢ ـ يحتوي الكتاب على معلومات حديثة جداً . . مما يدل على أن الدكتور فان دايك لم يكن قابعاً في الشرق ، غافلاً عما يجري في الغرب من تطور علمي . . . بل كان على اطّلاع وعلم تامّين عن كل اختراع وجهاز وعملية جراحية تجري هناك . . (عملية فون كريفي ، استعمال جهاز قياس ضغط العين ، استعمال جهاز قياس الساحة البصرية . . . الخ . . .) .

٣ ـ يحتوي الكتاب على وصف لأمراض لم تذكرها الكتب التراثية التي سبقته ، وهنا تظهر عبقرية المؤلف في إيجاد أسماء لتلك الأمراض . . . فما كان شائعاً شعبياً استعمله (كالتعقيبة والخناق) وما لم يكن مألوفاً تركه على اسمه اللاتيني ووضعه بأحرف عربية (الكوريستوما ، الأسقربوط ، أنتمولوجيا ، سيستركوسس) .

٤ ـ يأخذ المؤلف بعين الاعتبار الوضع المادي السيء الذي ساد في منطقة بلاد الشام في أواخر القرن التاسع عشر ، فيصف بعض الأدوية الشعبية والأعشاب والحشائش إذا رجا منها فائدة لمعالجة المريض ، (الخطمى ، كمادات الماء الساخن أو البارد الخ . . .) غير أن هذا لا يمنعه من استعمال الأدوية العديدة التي يشاع استعمالها آنذاك (نترات الفضة ، الخ . . .) .

كما أنه يرفض استعمال جهاز قياس ضغط العين ويحثّ على تمرين اليد على جس العين وتقدير صلابتها توفيراً لبعض المال . . . كما أنه يرفض استعمال (قوس الساحة البصرية) ويفضل تحريك الأصبع أمام العين . .

٥ ـ يحتوي الكتاب على حوالي أربعين دواءاً جديداً لا تحويها كتب التراث ، جلّها من المركبات الكيميائية ، إذ أن الكتاب قد كُتب قبل عصر اكتشاف

المضادات الحيوية Antibiotics ، فكان هذا من أكبر التحديات التي واجهتني للحصول على التركيب الكيميائي والتأثير الدوائي لهذه المركبات . . . مما اضطرني إلى اللجوء إلى الصيدلي الكيميائي النابه الأستاذ فائز العطار ، الذي تفضَّل مشكوراً وسجل المعلومات عن الأدوية مستقاة من الكتب المتخصصة لديه .

٦ - يحتوي الكتاب على وصف أمراض الشبكية (انفصال الشبكية) باستعمال (المرآة العينية) وهو الجهاز الذي وصفه هيلمهولتز عام ١٨٥٠ وأشاع استعماله فون كريفي عام ١٨٥٢ ، واستعمال النور المتوارب (وهو طليعة المصباح الشقي الذي اخترعه غولدمان ١٩١١) مما يبرهن على أن (فان دايك) كان على اطّلاع واسع ومباشر عما يجري في أوروبا بل ويطبق المخترعات عملياً فور توفرها وشيوع استعمالها .

٧ - يحتوي الكتاب على ذكر بعض الأجزاء التشريحية للعين لم تكن معروفة في ما سبقه من كتب (قناة شلم ، أقنية فونتانا الخ . . .) .

٨ - هنالك بعض الأسماء التي ذكرها (فان دايك) في كتابه كدافيال ، وكرتشي ، وبورلي ، لم نتمكن من الحصول على أية معلومات عنها في المراجع المتوفرة لدينا ، وربما كانوا أصدقاء له يراسلهم ويراسلونه غير أنه لم تذكرهم كتب التراجم ولم ترد أسماؤهم في كتب طب العيون المطبوعة في أوائل هذا القرن .

٩ - يحتوي الكتاب على كلمات عربية فصيحة قلّما يعرفها إلا الضليعون باللغة والمتعمّقون فيها ، كاستعماله كلمة (الأمجال ص ٩٦ ، ويبأران ص ٤٠) . . كيف لا وقد تتلمذ على أيدي جهابذة اللغة في عصره (الشيخ ناصيف اليازجي ، والمعلم بطرس البستاني ، والشيخ يوسف الأسير الأزهري وغيرهم . . .) .

١٠ - لجأ (فان دايك) أحياناً إلى استعمال كلمات عامية كانت شائعة في قرى جبال لبنان آنئذٍ وبعضها لا يزال مستعملاً (منم وجمعها أمنام . . .) كما أنه يستعمل كلمة (ضمار) في محل (ضمور)، وكلمة (تسرئة) بدلاً من (تسرب).

لَإنْ كان هذا من مظاهر عبقرية (فان دايك) في الدرس والتأليف . . . وهو فرع واحد من فروع الطب ، ولإن كانت هذه دقته ، فلا بد وأن يكون تأليفه في باقي العلوم موازياً إن لم يكن أفضل من ذلك . . .

فما مدى عبقرية فان دايك. . . هل هو آخر عملاق. . . أم هل هو طفرة علمية غير طبيعية. . . أم هل هو ظاهرة فريدة؟ .

حبذا لو قامت الجامعة الأمريكية في بيروت بتكليف ذوي الاختصاصات المتعددة بنشر مؤلفات (فان دايك) بعد تحقيقها وتحديث معلوماتها ليس لإبراز عبقرية (فان دايك) وتخليد ذكراه فحسب ، بل اعترافاً بالفضل ومن هذه الجامعة لأحد مؤسسيها وعمالقتها .

تقع المخطوطة في ١٨٨ صفحة (قياس ٢٣ × ١٨ سم والمساحة المكتوبة ١٧,٥ × ١١,٥ سم) ، مكتوبة بخط نسخي جميل ومقروء بسهولة بالحبر الأسود حتى الصفحة ١٤٥ حيث تبدو الكتابة بالحبر الأحمر الداكن (قد يكون تغيير اللون من تفاعل كيميائي بين الورق والحبر غَيّر لونه) ، وفي كل صفحة ٢٣ سطراً وفي كل سطر ٨ ـ ١٠ كلمات .

وقد كتب على الصفحة الأولى (الجزء الأول من كتاب أمراض العين تأليف الدكتور فان دايك عفي عنه) خاصة حسن نصار ، وهناك خاتم مدور (حسن نصار ١٨٨٥) ، وباللغة الإنكليزية Bilongs to Hassan Nassar .

وتبدأ المخطوطة بقوله : (أقوال كلية في علاج العين) . وتنتهي المخطوطة بعبارة : (هذه العلة إما حادة وإما مزمنة ، أما الخلقية فسوف يأتي) ، ولا ندري ما إذا كانت الورقات الأخيرة من المخطوطة قد فقدت (غير أن التجليد يدل على أنها كاملة) أم أن هناك جزءاً آخر متمماً لهذا الجزء قد فقد ، والله وحده أعلم .

وعلى الصفحة الأخيرة قبل الغلاف كتب :

(وقال جناب الشاعر الأديب فريد أفندي نصار) (جد الدكتور أمين مروان نصر) ، المنصف :

قال علم الطب لما ... قد قضى ذاك الهمام
مات فان دايك النطاسي ... فعلى الطب السلام

عملنـا في التحقيـق :

ما إن استلمت المخطوطة من الزميل الدكتور أمين مروان نصر حتى دفعت بها إلى الشاب الأستاذ ماجد الرفاعي خبيـر منسق الكلمات في مـركز الملك فيصـل للبحوث والدراسات الإسلاميـة (كما أسلفت سـابقاً) . . فـطبعها مشكـوراً على منسق الكلمات وأعادها إليّ وحملتها معي في إجازتي إلى مدينـة هيوستن بـولاية تكساس .

وهنـاك أكببت على العمل دون انقـطاع يذكـر . . . فـوضعت في الهـوامش المعنى الإنكليزي لأسماء الأعضاء التشريحية المذكورة في الكتاب معتمـداً على المعجم الطبي العربي الموحّد والمعجم الوسيط ، وحدّثت أكثر المعلومات التي وردت معتمـدا على أحدث كتب طب العيـون إضافـة إلى أمهات المـراجع فيهـا (ديـوك ألـدر Duke Elder) وصححت بعض الأخـطاء العلميـة التي كـانت شـائعـة في عصر المؤلف وثبت خطؤها مؤخراً كاعتقاده بانتقال المـرض إلى مرض آخـر بتغير الظروف البيئية، واعتقاده بعدم ضرورة استعمال جهـاز قياس ضغط العين، إلى آخـر ما هناك من معلومات كان لا بد من تصحيحها، وهي لا تنقص شيئـاً من قيمة الكتـاب العلمية الجليلة . . . وكان هناك عدد لا بأس به من التعـابير التي أرتـج عليّ فيها ولم أتمكن من فهم فحواها أو ما يقصده المؤلف لا سيمـا وأنه استعمـل الأحرف العـربيـة في كتـابـة الأسمـاء الـلاتينيـة لبعض الأمـراض ، كمـا هي الحـال في سيستاسركوس وهيبوبيون وغيرها . . . فكان أن جلسنـا معاً (الـدكتور نصـر والدكتـور وفائي) ورحنا نفكر فيما يمكن أن يكون مقصد المؤلف . . . وخرج الدكتور نصر ببعض الأفكار اللامعة مع الدعم بالتوثيق فأثبتنا هذه المعلومات في الهوامش .

كمـا وضعنا في المتن إشـارة (/) لنشير بهـا إلى نهايـة إحدى صفحـات المخطوطة وبـداية الصفحـة التي بعدها . . ووضعنا رقم صفحـة المخطوطة في الهامش .

أما العقبتان الكأداوان واللتان كانتا من أصعب العواقب تذليـلاً فهما الأدويـة المفـردة التي وردت في الكتاب . . . فـلا هي من الأدويـة القـديمـة جـداً حيث يمكنني بسهولة استخراجها من كتب التراث المتوفرة لدي . . . ولا هـي بالأدوية الحديثة حيث يمكنني أن ألجـأ إلى كتب العقاقيـر الحديثـة . . . فما كـان مني إلا أن

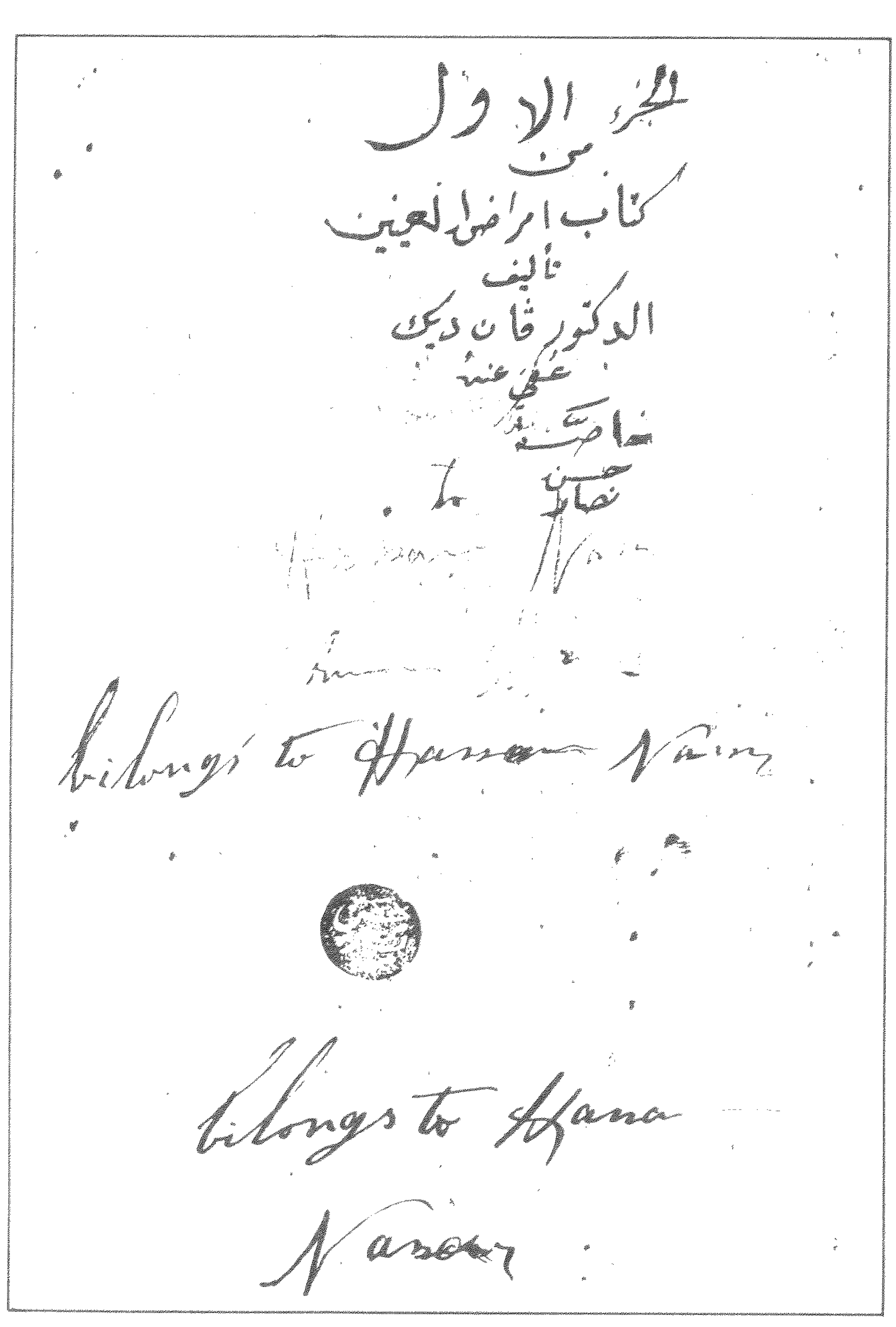
رجوت الصيدلي الكيميائي الأستاذ فائز العطار وكذلك الصيدليين الكيميائيين الأستاذ رضوان كرمان والأستاذ نادر كرمان ، من مدينة حلب أن يبحثوا لنا في كتب الصيدلة والعقاقير ، التي صدرت عن أساتذة كلية الصيدلة في جامعة دمشق ، فقاموا بالعمل خير قيام ، وأثبتنا الأدوية في جدول مفرد لكي لا نرهق القارىء ونحشو الكتاب بالهوامش .

فلهم جميعاً منا كل الشكر والثناء على مساعدتهم القيّمة والتي لولاها لفقد الكتاب جزءاً هاماً دون تحديث للمعلومات .

أما العقبة الثانية فهي البحث عن سيرة كاملة للدكتور (فان دايك) . . فلم يُذكر في (أعلام) الزركلي ، ولم يرد اسمه في معجم المؤلفين . . غير أن الزميل الدكتور أمين نصر كان يقتني ، فيما يقتنيه من كتب ، كتاباً نفيساً اسمه (حياة كورنيليوس فان دايك) ألفه بعد وفاته تلميذه المخلص إسكندر نقولا البارودي . . وطبعته المطبعة العثمانية في بعبدا ـ لبنان عام ١٩٠٠ . . وهو من كتب جد والدة الدكتور أمين نصر الدكتور حسن نصار (صاحب المخطوطة) . فكان هذا الكتاب بحق أفضل مرجع وأغرز معين استقيت منه كافة المعلومات عن (فان دايك) . وعنه أخذنا الصور لوضعها في الكتاب . . . وقد بحث الزميل الدكتور نصر ، خلال زيارته إلى لبنان في شهر آب (أغسطس) ١٩٩١ ، عن بعض آثار (فان دايك) كتمثال أو لوحة قديمة أو صورة ولكن دون جدوى . . فاعتمدنا الصور التي وردت في كتاب البارودي .

إننا لا ندّعي الكمال في تحقيقنا لكتاب طب العيون للدكتور كورنيليوس فان دايك . . . فإن الكمال للّه وحده . وحسبنا أننا بذلنا قصارى الجهد . . فإن أصبنا فمن اللّه وإن أخطأنا فمن أنفسنا . . . واللّه من وراء القصد .

الرياض، ١ تشرين الأول (أكتوبر) ١٩٩١ م
٢٣ ربيع الأول ١٤١٢ هـ
المحققان
د. محمد ظافر الوفائي　　د. أمين مروان نصر



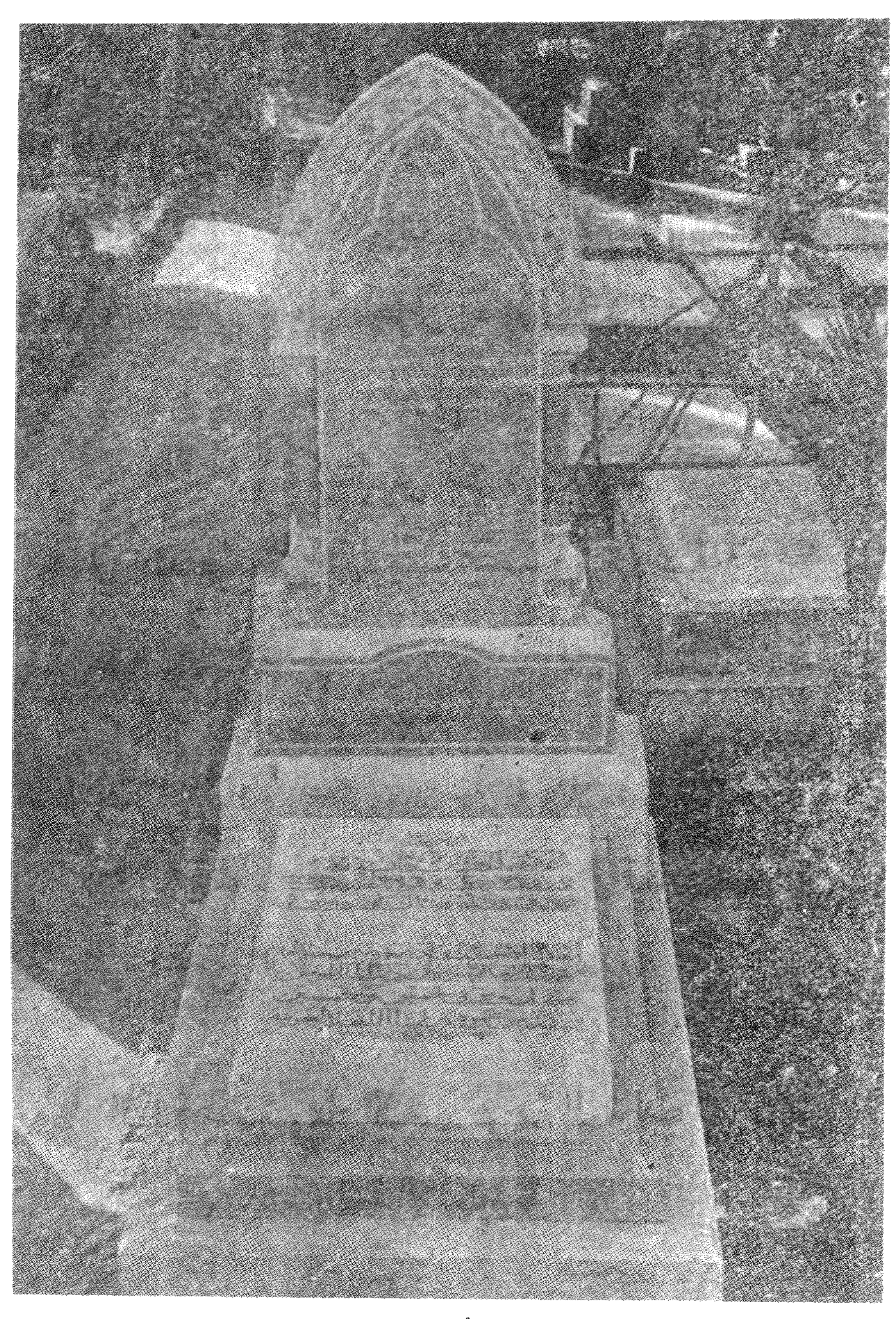
صفحة غلاف المخطوطة

١٨٨

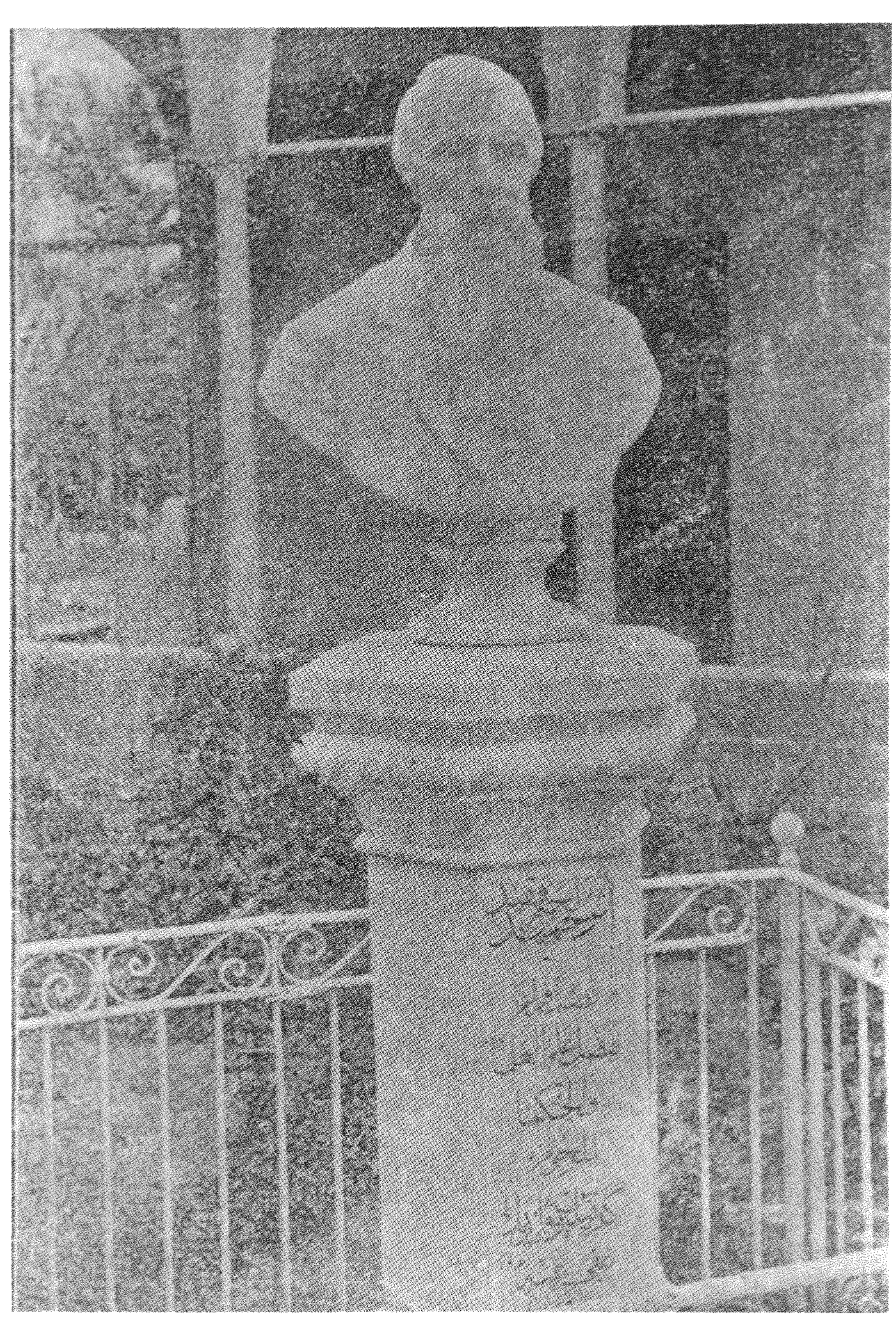
على الغسولات المسكنة مثل مغلي الخشخاش الفاتر ولا يقطر
في العين محلول الاتروبين الا اذا خيف اصابة القرنية ايضاً
وحينئذٍ يقطر منه ما يكفي لمنع السينيجيا الخلفية ويتحذر من
كل القطرات المهيجة. ويعتمد على الحقن تحت الجلد بمحلول
هيدروكلورات البيلوكربين اي يصنع منه محلول عشرة اجزاء
منه في مئة جزء ماء ويرمى منه تحت الجلد نحو خمس نقط مرة
كل يوم ما دام العليل في فراشه وتزاد الكمية حسب مقتضى
الحال حتى يحدث عرق غزير. ويتناول العليل شرباً نحو ٣٠
او ٤٠ قمحة بيوديد البوتاسيوم كل يوم. واذا كان العليل
ضعيف البنية قليل الدم يتناول مستحضرات الحديد شرباً
ويوديد البوتاسيوم حقناً في المستقيم ويتحذر من كل علاج
مضعف والحقن [illegible] اليها لا تضعف العليل بما يعتبر
اذا تناول كل يوم [illegible] يكفي من الاطعمة المغذية السريعة الهضم
ومن المقويات [illegible] الكينا. واذا ظهرت اعراض نقرسية
اعطيت مستحضرات [illegible] كولشيك او الكولشيسين ايضاً مع صبغة
الاكونيت اما الزهري فيعالج بالدلك الزئبقي ويوديد
البوتاسيوم شرباً او حقناً كما تقدم

بما ان هذه [illegible] ثانوية تابعة لعلة اخرى فلا سبيل لذكر
اسبابها هنا ومن عواقبها استرقاق القسم المصاب من الصلبة
فتحدث استفيلوما اذا زاد الضغط الداخلي
٢ استفيلوما صلبية امامية او عنبية امامية
او [illegible] المشيمية والصلبة
هذه [illegible] اما [illegible] اما الخلفية فسوف يأتي

الصفحة (١٨٨) الأخيرة من المخطوطة



ضريح (فان دايك) في حديقة المطبعة الأمريكية .



تمثال (فان دايك) في حديقة مستشفى مار جورجيوس .



الدكتور (كورنيليوس فان دايك) لابساً العباءة اللبنانية التقليدية .

الجزء الأول
من كتاب امراض العين

تأليـف الدكتور
فان دايك (عفي عنه)

خاصة حسن نصار

حسن نصار ١٨٨٥
Bilongs to Hassan Nassar

أقوال كلية في علاج أمراض العين

إن غرض العلاج إنما هو إصلاح تغذية منحرفة لأجل إصلاح وظيفة منحرفة ، ويتفرع من هذا الغرض الكلي أغراض خصوصية متنوعة تنقسم إلى قسمين أكبرين وهما :

١ ـ الأغراض المتعلقة بسبب المرض .
٢ ـ الأغراض المتعلقة بالمرض نَفسه .

١ ــ القسم الأول :

أي **الأغراض المتعلقة بسبب المرض** ، تلاحظ إزالة كل الأسباب المهيجة المضرة إن كانت مما تحدث المرض أولاً ، أو تبقيه بعد حدوثه ومما ينبغي ذكره من هذا الباب :

أ ـ **الأسباب الميكانيكية** التي تهيج التهاب العين أو تزيده إذا حدث ، ومن هذه الأسباب :

١ ـ **فرك العين** وعركها أو ضغطها أو كثرة لمس الجفون لأجل تخفيف الألم أو الأُكَلان أو الاحتراق ، وضغط العينين لأجل تَوْقِيَتِهِما من النور عند حدوث الفوتوفوبيا[١] أي الألم من قِبَلِ النور ، وأكثر ما يرى ذلك بين الأطفال ، أما البالغون فمجرد النَّهي يكفي لردعهم عن هذه الأسباب ، وأما الأطفال فربما تستلزم وسائط اغتصابية لأجل منعهم عما ذكر . ولتحصيل هذا الغرض لا يجوز ربط العين بمنديل ثقيل يحصر حرارتها بل يوضع على كل عين ما يكفي من النسل[٢] الناعم وتعصب معاً

---

(١) رهاب الضوء = PHOTOPHOBIA .
(٢) النسل : يقصد بها النسيج القطني (الشاش = GAUZE) .

بعصابة خفيفة من الصوف الرقيق . فالرباط على العينين معاً يهدي عليهما بسهولة ، أما رباط العين الواحدة فينبغي أن يمر تحت الأذن على الجانب المصاب ثم بالمواربة على الجبهة ماراً على انحناء العظم الجداري . وإذا ربط من قدَّام يحكم حتى لا تقع العقدة فوق العين[1] ، فإذا تحكم هذا الرباط يمنع فتح العين وغمضها ولا يمنع نفوذ السائلات[2] من/تحت الجفون. [٢]
وإذا ارتبطت العينان تقلل حركة المقلتين بقدر ما يمكن ، وكثيراً ما تستلزم ذلك لراحة الأقسام المصابة أو التحام جروح أو ما شاكل ذلك ، فلتكن العصابة طويلة تحيط بالرأس عدة مرات إذا قصد منع حركة المقلة تماماً أو قصيرة تحيط به مرة أو مرتين إن لم يقصد منع الحركة تماماً ولا يُزاد[3] الضغط فوق درجة اللزوم لتحصيل الغرض وذلك لأسباب ظاهرة .

٢ ـ **فعل الغبار بالقرنية والملتحمة** كما يحدث للساكنين بقرب بعض السكك[4] ، والذين يشتغلون في محال كثيرة الغبار ، فعند حدوث التهاب العين ينهى عن ذلك مطلقاً لأن جميع الوسائط لمنع دخول الغبار إلى العين قاصرة . أما العوينات[5] المركبة زجاجها في شبكة شريط المعروفة بعوينات سكك الحديد فتحصر تحتها البخار المائي الصاعد عن العين أبداً فتعوق النظر فيحدّق العليل لكي يرى الأشباح[6] نظراً واضحاً وبذلك يزيد كل علة حادثة . فالعوينات البسيطة أفضل من

---

(١) يلاحظ دقة المؤلف في وضع الضماد .
(٢) السائلات : يقصد بها السوائل ، أو المفرزات = SECRETIONS .
(٣) في الأصل : يزد .
(٤) لعله يقصد بها سكك الحديد = RAIL ROADS أو الطرق عامة . . . إذ أن كلمة (سكة) مفرد سكك تستعمل في بلاد الشام لكل من الطريق غير المعبّد وسكة الحديد .
(٥) النظّارات = EYE GLASSES .
(٦) الأشباح : يقصد بها المرئيات .

الشكل المشار إليه وإن كانت أقل ضبطاً من جهة منع دخول الغبار إلى العين ، غير أن كل موضع لا تكفي فيه تلك العوينات لتوقية العين يجب أن ينهى العليل عنه نهياً مطلقاً . أما الأستار والمناديل وما يشبهها المرسلة على الوجه فلا تستعملها إلا النساء والأولاد غالباً ، ولكنها أمنع من العوينات ، ولا مانع يمنع الذكور عن استعمالها غير أنه يجب أن تكون رقيقة ناعمة ، وإلا فيقال عنها ما قيل عن عوينات سكك الحديد .

ب ـ **أسباب كيميائية**(١) ومنها :

١ ـ **جمع أقذار على حافة الجفن** أو في جيب الملتحمة من قلة الاعتناء بالنظافة ، ولا سيما في الأولاد الذين يلعبون في التراب ويفركون عيونهم كل لحظة بأياديهم / القذرة ، وذلك يهيج [٣] الالتهاب في العين الصحيحة ويزيده الألم بعد حدوثه .

٢ ـ **استعمال مواد شفائية حريفة**(٢) مثل أنواع الشياف والقطرات الحريفة ومحمِّرات(٣) في جوار العين .

٣ ـ **سعط السعوط**(٤) . فإن لم يكن أحد معتاداً على استعمال السعوط تتهيج به العين ولا بد من زيادته كل علة حادثة فيُمنع إلا عن المعتادين ، وهؤلاء يحبب أن يقللوه على قدر الاستطاعة فلو قصد الخالق سبحانه أن يجعل الأنف البشري مزبلة لما أدار فتحته إلى أسفل(٥) .

---

(١) في الأصل : كيمية .

(٢) لعله يقصد بها العقاقير المهيجة أو المخرشة = IRRITATIVE .

(٣) المحمرات : بعض الأدوية التي تنشط الدوران بتوسيع الأوعية الشعرية في المنطقة المعالجة مما يؤدي إلى احمرارها .

(٤) السعوط = SNUFF مسحوق التبغ مع بعض المواد المخرشة ـ يستنشقها المدمنون لتهييج الغشاء المخاطي للأنف وتحريض العطاس .

(٥) تلاحظ في هذه العبارة قسوة المؤلف في اتخاذ الحكم وعدم مساومته عليه ، كما تلاحظ الطرافة في التعليق .

٤ ـ **السكن في محل رطب** فيه أبخرة رديئة صاعدة عن مواد حيوانية أو نباتية فاسدة ، أو أبخرة رديئة من أي نوع كانت . فلعلاج علل العين ليس شيء ألزم من الهواء النقي فينقل العليل فيه ويمنع عن الإقامة في محل هو مطبخ ومنامة ومأكل ومغسل ومخزن معاً ، كما نرى في بعض محال الفقراء[١] ، ولا يجوز حصره في البيت دائماً بل يحتاج إلى الرياضة الجسدية في الهواء النقي أحياناً ، غير أنه يُمنع عن الدخول إلى حوانيت ومخازن ومراسح[٢] وعن كل موضع تحشر فيه الناس ، وعن الدخول إلى كنيف[٣] ملآن أبخرة نشادرية حريفة صادرة من تلك الأماكن طبعاً التي تدمع العيون الصحيحة فكم بالحري[٤] .

٥ ـ **دخان التبغ** : فيجب أن يُمنع العليل عن الدخول إلى محل يُشرب فيه دخان ، وإذا اضطر هو إلى شربه فليكن بواسطة قصبة طويلة في الفلاء . أما تلك المنجسة التي يسمونها سيكارة فلا يمسّها مسّاً ولا يدخل محلاً فيه شيء من دخان التبغ أو غيره[٥] .

ج ـ **أسباب خاصة**[٦] ، ومنها :

١ ـ / **رياح شديدة** : فيجب الاحتذار منها لأنها مضـرّة للعين المريضة وإن كانت خالية من الغبار ، والعوينات والأستار لا [٤]

---

(١) لا بد وأن المؤلف قد زار بعض قرى بلاد الشام في أواخر القرن التاسع عشر ولاحظ التدني في مستوى معيشة بعض الفلاحين ونقص الثقافة الصحية لديهم .

(٢) مفردها (مرسح) ويقصد بها (مسرح) . . . وهي كلمة عامية تستعمل في بلاد الشام وفي مدينة حلب خاصة .

(٣) الكنيف : المرحاض .

(٤) العبارة ناقصة ولعله يقصد : (فكم بالحريّ العيون المريضة) .

(٥) تلاحظ صلابة المؤلف في عدائه للتدخين ، حتى أنه دعى السيجارة (منجسة) .

(٦) كلمة مطموسة في الأصل ونعتقد أنها كما أثبتناها .

تـوقي منها فيجب على العليـل أن يـلازم محله عنـدمـا تعسف الريح .

٢ ـ **الحر الشديد** : فينبغي على الطبّاخين والخبّازين وكل من يشتغل في موضع حر أن يمنع عن حـرفته إذا أصـابته علة في عينيـه ، ودرجـة الحـرارة التي تـوافق علل العين بـالأكثـر هي بـين ٦٢ ـ ٦٦ ف أو ٢٠ ـ ١٨ س[١] .

٣ ـ **البرد الشديد** : أما العليل فعلى الغالب يلتذ من حاسّة البرد على عينيه خلاف الحر ، ولكنه يحصل بعد قليل رد فعل وزيادة العلة من هذا القبيل ولا سيما في التهاب القزحية[٢] والمشيمية[٣] .

٤ ـ **الانتقـال الفجائي من هـواء بـارد إلى هـواء سخن أو دافىء أو عكس ذلـك** : لأن تغييـر حـرارة قسم من الجسم بغتـة يهيـج التهابات واحتقانات موضعية فينبغي أن يستقر العليل في محـل حرارته معتدلة لا يعرض فيه على سرعة التغير في حرارة الهـواء ولا على مجاري هواء من أبواب أو شبابيك أو ما شاكل ذلك .

د ـ **ومن الأسباب المهيجةُ أمراضَ العين** :

زيـادة النـور : وفي بعض العلل يقتضي احتجـابـه عن العين تماماً ، وفي أكثرها يجب تلطيفه بواسطة دفوف الشبابيك أو أستارها

---

(١) ف : فهرنهايت = FAHRENHEIT .
س : سنتيغراد أو (المئوية) .
وهما الطريقتان المعتمدتان عالمياً لقياس درجات الحرارة . .
ودرجة التجمد (٠) سنتيغراد (مئوية) : ٣٢ فهرنهايت .
درجة الغليان (١٠٠) سنتيغراد (مئوية) : ٢١٢ فهرنهايت .
فهرنهايت هو (GABRIEL DANIEL FAHRENHEIT) (١٦٨٦ ـ ١٧٣٦) ولد في مدينة غدانسك في بولندة ، وعاش في ألمانيا . وهو الذي أوصى بأن تكون درجة تجمد الماء ٣٢ ، وغليانها ٢١٢ وهو الذي استعمل الزئبق بدل الكحول في موازين الحرارة .

(٢) IRITIS .

(٣) CHOROIDITIS .

حسب مقتضى الحال ، غير أنه عند حدوث الفوتوفوبيا ليس بواجب قطع كل النور من العين لأن ألمها من النور يزيد بذلك بل تتعود عليه شيئاً فشيئاً . فالإقامة في موضع معتم مدة تزيد حساسية الشبكية خمس وثلاثين مرة ، والإقامة في العتم دقيقتين يزيدها عشرة أضعاف أو خمسة عشرة ضعفاً(١) . ومن هذه الجهة تعتبر كل حادثة على حدتها .

[٥] /**أما لون النور** فيجب أن يكون من أواسط الطيف الشمسي لا من طرفيه لأن الشعاع الكيميّة عند البنفسجي كثيرة التهييج وكذا شعاع الحرارة عند الأحمر(٢) . أما الستار على الشبابيك فيجب أن تكون من اللون الأزرق أو الأخضر الغامق أو الرمادي أو لون الدخان وتسدّ بها النوافذ حتى لا تنفذ شعاع من شقوق على جوانبها لأن ذلك يتعب العين الضعيفة أكثر من فتح النافذة فتحاً كاملاً .

أما النور الاصطناعي كنور القنديل والشموع فيلطّف بواسطة بلورات ملونة ، أو حواجب توضع بينها وبين العليل ، أو بمظلات من الكرتون مكسوة قماشاً تربط على الجبهة بحيث تكون زاوية حادة مع الوجه فتحتجب العين عن النور بعوينات ملونة لوناً رمادياً أو مثل لون الدخان ، ويجب أن تكون سطوحها مستوية إلى التمام ولا تُلبس إلا عند الحاجة إليها .

هـ ـ **ومن الأسباب المهيجة** : تحديق النظر لأجل رؤية الأشباح ، فيُنهى

---

(١) لا شك بأن اعتياد العين على الظلمة (تلاؤم الظلام (DARK ADAPTATION)) يزيد من حساسيتها للنور . . . أما ذكره (٣٥) ضعفاً أو عشرة أو خمسة عشر ضعفاً فلا تدري أي مصدر علمي لذلك . . . لا سيما وأن تخطيط الشبكية الكهربي لم يكن مستعملاً في ذلك الحين ، ولا بد أنه اجتهاد شخصي .

(٢) يختلف طول الموجة الضوئية للألوان حسب موقعها من الطيف . فالبنفسجي (٣٦٠٠ ـ ٤٣٠٠) Å، فالنيلي (٤٣٠٠ ـ ٤٥٥٠) ، فالأزرق (٤٥٥٠ ـ ٤٩٢٠) ، فالأخضر (٤٩٢٠ ـ ٥٥٠٠) ، فالأصفر (٥٥٠٠ ـ ٥٨٨٠)، فالبرتقالي (٥٨٨٠ ـ ٦٤٧٠) ، فالأحمر (٦٤٧٠ ـ ٧٦٠٠) .

العليل عن القراءة والكتابة وعن كل عمل يحتاج فيه إلى تحكيم العين ، وبعد زوال المرض يجب أن يرجع العليل إلى شغله الاعتيادي بالتدريج خوف الانتكاس .

و ـ **ومن الأمور المتعلقة بأسباب المرض** : ضعف العليل إن كان موضعياً أو مزاجياً أو من قبل سوء تهوية الدم أو سوء التمثيل[1] أو علة في الدورة لأن كل ما يفعل في الصحة العامة يفعل في صحة العين أيضاً .

أما كمية الدم الجاري داخل العين فقلَّما تتغير باضطراب الدورة وذلك من تلقاء متانة أغشية العين الحافظة المرقية فلا سبيل لتمدد / [٦] الأوعية الدموية إلا قليلاً . وفضلاً عن ذلك تحفظ الموازنة أيضاً بواسطة الأخذ والعطاء أي أندسموس[2] بين الأوعية الدموية ورطوبات العين ، فمتى زادت الأوعية امتلاء يخرج منها سيال إلى الرطوبات ، وبالعكس متى قلّ امتلاؤها تحفظ الموازنة . فمع هيبريميا[3] زائدة في الأقسام المجاورة للعين ترى أوعية العين نفسها بالمرآة العينية على حالتها الطبيعية ومتى زاد بعض شرايين الشبكية امتلاء يتفرغ البعض الآخر فيصغر حجمها ويقلّ الدم فيها فتُحفظ الموازنة بهذه الواسطة أو بتوسيع الأوردة . وقد يحتقن الدم في أوردة العين بما يمنع رجوعه إلى القلب ، أو بما يجعله يتقهقر في أوردة الرأس لكون تلك الأوردة خالية من الصمامات ، وذلك يحدث في النطق بصوت عال والغناء والسعال والعطاس وعسر التنفس واشتداد أربطة على الرقبة وجمع أقذار يابسة في القناة الهضمية وامتلاء المعدة طعاماً أو شراباً ، وبالمضغ وشرب النرجيلة أيضاً ، فلتُلاحظ

---

(١) التمثيل : يقصد به الاستقلاب = METABOLISM .

(٢) أندسموس = ENDOSMOSIS ، وهو ما يسمى في وقتنا الحاضر (بالتناضح) ويقصد به تبادل الغذاء والأكسجين عبر جدار الأوعية الدموية الشعرية .

(٣) احتقان (تبيُّغ) : HYPEREMIA .

كل هذه الأمور عند وقوع علة في العين فلا يزيد مقدار الدم في العين بما يعتبر ، ولا يقل بما يعتبر ، إلا عند حدوث علل كلية مفسدة تغذية أقسامها الداخلية بحيث تفسد الظروف اللازمة لموازنة الأخذ والعطاء بين الرطوبات والأوعية الدموية .

٢ ـ القسم الثاني(١) :

أما الأغراض المتعلقة بالمرض نفسه ، فهي :

أ ـ منع الإفرازات الموضعية أو تقليلها .
ب ـ تخفيف الدم في العضو المصاب .
ث ـ تخفيف الحمى أو إزالتها .

وهذه الأغراض تحصل بالوسائط الآتي ذكرها :

١ ـ **تقليل الحرارة** رأساً بواسطة الوضعيات(٢) الباردة على العين على سبيل الرش أو بخرق مبرَّدة موضوعة على العين وإذا اعتُمد على استعمال واسطة من هذه الوسائط لمقاومة التهاب فيجب أن تبدل الوضعيات كلما سخنت وإلا فيحصل رد فعل مؤذٍ . أما وضع الجليد على العين فليكن بكل حرص لأن / البرد يقطع المفرزات وييبس العضلات ويطرد [٧]
الدم من الأنسجة السطحية إلى الداخلية فيحدث هيبيريميا في الأقسام المجاورة ، وقد يحدث التهاب سمحاق الحجاج(٣) وألم عصبي أو جداري في الأضراس . ويجب أن يُدهن الجلد في مجاورة العين بمادة دهنية دفعاً لإيذاء(٤) الرطوبة المستمرة التي تحدث نوعاً من الأكزيما(٥) . ولا يطمع في قطع الالتهاب بالوضعيات الباردة إلا إذا

---

(١) من زياداتنا ليتم تناسق العناوين .
(٢) يقصد بها الكمادات الباردة = COLD COMPRESSES .
(٣) ORBITAL PERIOSTEUM وربما يقصد بها = ORBITAL CELLUTITIS .
(٤) في الأصل : إذاء .
(٥) الأكزيمة : النملة = ECZEMA .

تمارست من ابتدائه عند أول ظهوره ، وعلى كل حال يقتضي ملاحظة فعلها بكل حرص لأنه إن لم تفد سريعاً تكون عواقب الاستمرار عليها رديئة .

٢ ـ بواسطة استفراغ دم : وذلك إما بالفصد العام[١] ، وإما بالفصد الموضعي[٢] بالعلق[٣] ، أو الكؤوس[٤] على الصدغين أو وراء الأذن . أما الفصد العام فيُتحاشى في علل العين على قدر الاستطاعة ، ولا يبادر إليه إلا عند الاضطرار الشديد لأنه يضعف الجسم عموماً وذلك مضر للعين خصوصاً . أما الفصد الموضعي فكثير الإفادة في علاج علل العين الالتهابية . أما تجريح أنسجة العين نفسها فلا يجوز إلا في أشد الالتهاب .

٣ ـ **بواسطة التدبير المضعف** : أي تقليل الأطعمة والأشربة والراحة الكاملة والامتناع عن كل سبب مهيج مادياً كان أو أدبياً .

٤ ـ **بالأدوية المضعفة المسكِّنة** : الدورة المعرقة والمدرة البول والمسهلة مثل نيترات البوتاسا[٥] والدجيتال[٦] والأنتمون المقيء[٧] وأول كلوريد الزيبق[٨] وبي كلوريد[٩] والمراهم الزيبقية والمسهلات الملحية مثل

---

(١) الفصد = VENESECTION أو PHLEBOTOMY أو BLOOD LETTING .

(٢) PHLEBOTOMY - LOCAL VENESECTION .

(٣) LEECHES .

(٤) SUCTION CUPS وتسمى في بلاد الشام (كأس الهواء) .

(٥) نترات البوتاسيوم : POTASSIUM NITRATE/ KNO_3 وهي من المدرات البولية كما وتستعمل حافظاً للمواد الغذائية .

(٦) الديجيتال = DIGITALIS من الأدوية التي تستعمل لتقوية عضلات القلب وزيادة الصبيب القلبي .

(٧) لم نجد له وصفاً دوائياً في المراجع المتوفرة لدينا .

(٨) أول كلوريد الزئبق : MERCURY CHLORIDE/ $Hg_2 CL_2$ مسحوق أبيض مبلور عديم الرائحة والطعم ، يستعمل لمعالجة بعض الأمراض الجلدية ويشكل مرهم الراسب الأبيض بوجود النشادر .

(٩) بي كلوريد يقصد به ثاني كلوريد الزئبق : $Hg CL_2$ ويسمى السليماني أو المصعد الكاوي .

كبريتات المغنيسيا[١] وكبريتات الصودا[٢] ، والمسهلات الحريفة بناء على مبدأي التحويل مثل زيت حب الملوك[٣] والسقمونيا[٤] والجليا[٥] والسنا المكي[٦] ونظيرها . / [٨]

٥ ـ **بواسطة المحولات والمصرفات** على سبيل ذراريح ومحمرات وأكوية . ولا يجوز استعمال هذه الوسائط إلى درجة تضعيف العليل بل إلى درجة التحويل فقط ، ولذلك لا يجوز تشغيل الذراريح[٧] أو الأكوية مدة طويلة بل تسد عن قريب وتكرر إذا اقتضى تكرارها لأن ذلك أنفع من تشغيلها طويلاً .

٦ ـ **بواسطة المخدرات** لا سيما المورفين[٨] وضعاً وشرباً فإنه يسكِّن الألم ويعين بذلك على حل الالتهاب ، وكثيراً ما يوافق مزجه بالكلوروفورم[٩] على هذه الصفة : خلات المورفين قمحات[١٠] حامض خليك[١١] ستة أمنام الكحول درهم . إحمِ المزيج قليلاً

---

(١) كبريتات المغنيزيوم وهي الملح الإنكليزي = EPSUM SALT ورمزها الكيميائي $MgSO_4$.

(٢) كبريتات الصوديوم ورمزها الكيميائي $Na_2\,SO_4$.

(٣) حب الملوك = JATROPHA CURCAS : جنيبة طبية يستعمل بزرها للإسهال .

(٤) السقمونيا = CONVOLVULUS SCAMMONIA وتسمى أيضاً المحمودة . ويستخرج منها صمغ شديد الإسهال .

(٥) الجليا : لا ندري ماذا يقصد المؤلف بالجليا . . . وربما كانت دواءً .

(٦) السنا المكّي = SENNA LEAF : من الأعشاب التي تستعمل كمسهل .

(٧) الذراريح : مفردها الذراح = CANTHARIDES وهي حشرة حمراء أعظم من الذباب ، منطقة بسواد ، تطير ، منها أنواع تُقتل وتجفف وتسحق وتستعمل في الطب .

المعجم الوسيط (١/ ٣١٠)، والمعجم العربي اللاتيني (LEXICON) طبع ١٦٥٣ م .

(٨) المورفين = MORPHINE ورمزه الكيميائي $C_{17}H_{19}NO_3, H_2O$ وهو من المخدرات القوية ويستخرج من الخشخاش = OPIUM .

(٩) الكلوروفورم = CHLOROFORM ورمزه الكيميائي $CHCl_3$ ، مخدر قوي يستعمل عن طريق الاستنشاق ، كما وقد يستعمل كمرخٍ عضلي .

(١٠) القمحة = GRAIN ، وتعادل ٦٥ ميليغراماً .

(١١) حامض الخليك = ACETIC ACID ورمزه الكيميائي $C_2H_4O_2$ ويسمى في بلاد الشام (روح الخل) .

ثم متى برد أضف إليه كلوروفورم نصف درهم[١] فيعطىٰ منه للبالغين ما بين ٢٠ و ٤٠ منماً[٢] وللأطفال من ١٠ إلى ١٥ منماً مع سكر وتدلك به أيضاً الجبهة والصدغ ، أو يبل به قطن ويوضع في الصماخ[٣] ، ويستعمل المورفين أيضاً حقناً تحت الجلد مع الاحتراس من ثقب وريد ، المدلول عليه بألم شديد في القحف واحمرار الوجه وخفقان القلب ثم غمو[٤] وتشنجات في البعض . أما الغثيان أو القيء[٥] الحادث للبعض بعد انتهاء فعل المورفين المخدر فيدفع بإضافة نحو $\frac{١}{١٢٠}$ من القمحة من كبريتات الأتروبين[٦] إلى المحلول الذي يحقن به تحت الجلد .

٧ ـ **بواسطة المواد الموسعة الحدقة** أي المدرياتية[٧] مثل البلّادونا[٨] والسترامونيو والبنج[٩] وأملاحها التي من فعلها توسيع الحدقة وتصغير عرض القزحية إلى الدرجة الأخيرة ، فلا تتغير الحدقة من النور[١٠] ويضطرب البصر[١١] ولا يحكم للبعد والقرب[١٢] ، وهذا الفعل يدوم يوماً

---

(١) الدرهم = DRAM قياس للسوائل يعادل ٥ سنتيمترات مكعبة .

(٢) منم : جمعها (أمنام) . . . أفاد الدكتور أمين نصر أنّ كلمة (منم) هي كلمة عامية تستعمل في قرى جبال لبنان للتعبير عن مقدار قليل جداً ، ولعلها مشتقة من كلمة MINIMUM .

(٣) الصماخ : = MEATUS .

(٤) غمو : إغماء = FAINTING = BLACK OUT .

(٥) في الأصل : القياء .

(٦) كبريتات الأتروبين = ATROPINE SULPHATE ورمزها الكيميائي $(C_{17}H_{23}Na_3)_2\ H_2SO_4,\ H_2O$.

(٧) MYDRIATICS .

(٨) البلادونا = BELLADONA : خلاصة نبات طبي تستعمل لآلام المغص وكمسهل .

(٩) البنج = HYOSCYAMUS .

(١٠) يقصد بذلك عدم ارتكاس الحدقة للنور .

(١١) يقصد بذلك تشوش الرؤية = VISUAL BLURINESS .

(١٢) يقصد بذلك فقد القدرة على التركيز = LOSS OF FOCUSSING أو ما يسمى الآن بفقد المطابقة = LOSS OF ACCOMMODATION .

أو يومين ثم تعود الحدقة والقزحية إلى حالتهما الأصلية . أما قوة التحكيم فلا تعود حتى بعد عدة أيام وذلك برهان على فعل المواد المشار إليها بالعضلة الهدبية(١) / فضلاً عن فعلها بالقزحية . وفعل [٩]
الأصناف المذكورة في عضلات المقلة الداخلية أي القزحية والعضلة الهدبية هو بواسطة أعصابها من الزوج الثالث(٢) ومن القسم الرقبي من الجهاز السمپاتوي(٣) لأنها تفعل بعد قطع أعصاب الزوج الثالث والرابع وبعد قطع كل الأعصاب الدماغية المتفرعة في العين . وفائدة هذه المواد هي تسكينها التشنجات المؤلمة داخل العين الحادثة كثيراً من تلقاء جرحها ، وتفيد أيضاً بتسكين ألم الالتهاب ولعل ذلك بتسكينها التشنج المؤلم ، وتمنع أيضاً التصاق القزحية بمحفظة البلورية(٤) وحصر العليل في محل مظلم على حالة الراحة التامة يزيد فعلها . والصنف الأكثر استعمالاً هو : كبريتات الأتروبين نصف قمحة أو قمحتان أو أربع قمحات منه لكل وقية ماء طبية حسب مقتضى الحال ويجب الاحتراس من كثرته لأنه قد حدث انسمام العليل من نزوله إلى الأنف عن طريقة القناة الدمعية ثم إلى الحلقوم ثم إلى المعدة ، ولذلك لا يوضع بين أيادي المرضى إلّا محلولاً مخففاً . وضده سماً المورفين فإذا حدثت أعراض مزعجة بسببه يلقى تحت جلد الصدغ مذوب $\frac{1}{6}$ و $\frac{1}{3}$ قمحة خلّات المورفين أو كبريتاته .

٨ ـ **بواسطة المواد التي تقبض الحدقة أي الميوتيّة(٥)** وهي ضد المدرياتية أشهرها (لوبيا كلابار) أي (الفيسوستجما السامة) أو ملحه المعروف

---

(١) CILIARY MUSCLE .

(٢) الزوج الثالث المحرك العيني = OCULOMOTOR NERVE وهو العصب الذي يعصب العضلة الرافعة للجفن والعضلة المقبضة للحدقة ، والعضلات المستقيمة الأنسية والعلوية والسفلية والعضلة المنحرفة السفلية .

(٣) ودّي = SYMPATHETIC .

(٤) POSTERIOR SYNECHIA .

(٥) MIOTICS .

(بالأيسرين)[١] . أما الأركوت[٢] والأفيون[٣] والنيكوتين[٤] فتقبض
الحدقة ولكن لا يجوز استعمالها على كميات كافية لذلك بسبب
ضررها العام . وكل هذه المواد تضعف قوة التحكيم أيضاً وتزيد قوة
التكسير[٥] قليلاً ، وإذا كانت الكمية المستعملة كثيرة يدوم فعلها نحو
ثمانية أيام وإذا كانت اعتيادية يدوم يوماً أو يومين . أما (لوبيا كلابار)
فتستعمل / خلاصتها الكحولية مخففة بالكليسرينا أي جزء من [١٠]
الخلاصة و ٣٠ أو ٥٠ جزءاً من الكليسرينا وتوضع في العين بقلم من
شعر الجمل أو يُبَلُّ قرطاس بمذوب ملح اللوبيا أي الأيسرين ويجفف
ثم تقص منه قطعة صغيرة وتبل بماء فاتر وتوضع تحت الجفن[٦] ، وقد
يحصل منه ألم والتهاب ويمد الألم على طريق الأعصاب الجبهية
فيحدث نقرالجيا[٧] وربما مد إلى نصف الرأس محدثاً هميكرانيا[٨] ،
ومن أعراض الانسمام به القيء[٩] وضعف النبض وبرد سطح الجسد

---

(١) الأيسيرين : الفيزوستغمين : استعمله (لاكر = LAQUER) عام ١٨٧٦ م ولأول مرة لمعالجة الزرق . وهو قلوي يستخرج من فول الـ (كالابار) . . . التي هي بذور شجرة PHYSOSTIGMA VENENOSUM وتستعمل بتركيز ٠,٢٥ ـ ١,٠٠٪ ويؤدي إلى تقبض الحدقة بعد ٣٠ دقيقة وقد قلّ استعماله في الوقت الحاضر نظراً للأعراض الجانبية التي يسببها (فرط تصنع حليمي في الملتحمة ووفرة أدوية حديثة أكثر فعالية وأقل اختلاطات) . عن كتاب (بيكر) و (شيفر) (تشخيص ومعالجة الزرق) ، الطبعة الخامسة ص ٣٧٦ .

(٢) الأرغوت = ERGOT : من الأدوية التي تحرض العضلات الملساء . ويسمى في اللغة العربية (مرض الدابرة) وهو مرض يحصل في الشيلم (السلت) خاصة وفي الحنطة يشبه فطر مجمدي يسمى = CLAVICEPS PURPUREA . (الشهابي : ٢٣١) .

(٣) الأفيون = OPIUM خلاصة الخشخاش المنوم = OPIUM POPPY .

(٤) النيكوتين = NICOTINE ورمزه الكيميائي $C_{10}H_{14}N_2$ ويستخرج من نبات التبغ .

(٥) الانكسار = DIFRACTIVE POWER .

(٦) لعل المؤلف بهذا الأسلوب قد كان الرائد الأول للـ (OCUSERT) وهي نفس الطريقة التي استخدمت في السبعينات لمعالجة الزرق .

(٧) ألم عصبي = NEURALGIA .

(٨) صداع نصف الرأس = HEMIGRANIA . (٩) في الأصل : القياء .

وانحطاط زائد وشلل عضلات التنفس وموت[١] . وضده حقن تحت الجلد محلول الأتروپين $\frac{١}{٤٠}$ أو $\frac{١}{٣٠}$ من القمحة حسب مقتضى الحال .

٩ ـ وقد يحصل الغرض الذي نحن في صدده **بواسطة مواد قابضة مهيجة** تدخل إلى العين على هيئة مسحوق أو دهون أو ضماد وقطرة من محلول نترات الفضة[٢] أو كبريتات النحاس[٣] أو كبريتات التوتيا[٤] أو خلّاتها[٥] أو الحامض التنيك[٦] ، وكل ما يدخل إلى العين على هذه الغاية سُمِّي شيافاً ، والغرض منها منع إفراز مواد التهابية أو إزالتها . ومن هذه الوسائط رش الكلومل[٧] في العين في التهاب القرنية أو لإزالة بياضة فيجب أن يكون عتيقاً خالياً من ثاني كلوريد الزيبق ، ويرش على القرنية بواسطة قلم من شعر الجمل ويحترس من تجمعه في جيب الملتحمة لئلا يهيج التهاباً فيه . ومن الدهان التي تستعمل في العين مرهم أكسيد الزيبق ، أي الراسب الأحمر[٨] ، ويجب استحضاره بإرسابه من مذوب بي كلوريد الزيبق بواسطة بوتاسا كاوية ، وهو إذ ذاك مسحوق ناعم مصفرّ اللون ، فتمزج قمحتان أو ثلاث قمحات منه مع درهم مرهم بسيط أو فاسلين ، وقد يضاف إليه قليل من

---

(١) لم تعد هذه الأعراض شائعة نظراً لندرة استعمال الأيسيرين في الوقت الحاضر .

(٢) نترات الفضة = SILVER NITRATE ورمزها الكيميائي $AgNO_3$. تستعمل كمادة كاوية تكوىٰ بها بعض القروح الجلدية أو الثآليل ، أما محلولها المخفف فيستعمل قطرة في العين .

(٣) كبريتات النحاس = CUPPER SULPHATE ورمزها الكيميائي $CuSO_4, 5H_2O$ ، وهو الزاج الأزرق .

(٤) كبريتات التوتيا : أو الزاج الأبيض = ZINC SULPHATE ورمزها الكيميائي $Z_nSO_4, 7H_2O$.

(٥) خلات التوتياء = ZINC ACETATE ورمزها الكيميائي $Z_n(CH_3Coo), 2H_2O$.

(٦) حامض التنيك : العفص الطبي = ACIDUM TANNICUM .

(٧) الكلوميل : أول كلور الزئبق : الزئبق الحلو : طارد للديدان ورمزه الكيميائي CL_2H_{g2} .

(٨) مرهم الراسب الأحمر وهو مرهم أكسيد الزئبق MERCURY OXIDE ورمزه الكيميائي (H_gO) .

بلسم پيرو[١] كما سيذكر . ولا داعي لذكر كل الأدوية والأصناف / من [١١]
هذا التي تستعمل شيافاً بل يذكر كل صنف عند ذكر العلة التي يستعمل فيها غير أننا ننبِّه هنا على الاحتراس من كثرة استعمالها والحذر لئلا تهيج التهاباً مضراً .

أما المواد الكاوية المستعملة في علاج العين فهي نيترات الفضة الثقيل والمخفف وكبريتات النحاس وأكثر استعمالها لأجل كَيِّ النتوءات اللحمية في التراخوما[٢] أو خنق الالتهاب الذبحي[٣] أو الدفثيري[٤] في الملتحمة ، فيقلب الجفن أو الجفنان الأعلى والأسفل وبعد مسح باطنهما بالمادة الكاوية يغسل بقليل من الماء الفاتر ويكرر العمل حسب مقتضى الحال فإنه في الالتهاب الدفثيري ربما يستلزم الأمر الكي بنترات الفضة عدة مرات في مدة ٢٤ ساعة ، أما في التراخوما فلا ينبغي تكرار الكي حتى تروق العين وتصفى من فعل الكي الأول .

ومن الأمور المتعلقة بعلاج أمراض العين فحص أنسجتها فحصاً كافياً فلأجل استعلام حال أقسام الملتحمة لا يكفي النظر إلى ملتحمة المقلة بل يقتضي قلب الجفنين حتى يظهر كل النسيج المخاطي . أما قلب الجفن الأسفل فسهل ، أما الأعلى فيتم بإمساك الأهداب عند الغضروف الهلالي[٥] بين الإبهام والسبّابة والضغط على الجفن بظفر إبهام اليد الأخرى مع أمر العليل أن يحوِّل نظره إلى أسفل . وبذلك ينقلب الجفن بسهولة على الغالب ، غير أنه إذا كانت أنسجته قد تغلظت بمرتشح التهابي[٦] أو إيديما[٧] ربما يعسر قلبُه فيستعان بالضغط عليه

---

(١) بلسم بيرو أو بلسم سان سلفادور : عصارة راتنجية لنبات (ميروكسيلون بريه) .

(٢) TRACHOMA التهاب في الملتحمة الجفنية مزمن تسببه المتدثرات التراخومية = CHLAMEDIA TRACHOMATIS .

(٣) الذبحة = ANGOR = ANGINA وهي ألم شديد في الصدر ينجم غالباً عن نقص تروية العضلة القلبية .

(٤) DIPHTHERIA الخناق وتسببه عصيات الخناق = CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE .

(٥) الظفر = TARSUS .

(٦) INFLAMMATORY EXUDATES .

(٧) وذمة : خزب = EDEMA .

بمسبر أو قلم عوضاً عن ظفر الإبهام . وفي التهاب القرنية أو خوف النور ، من أي سبب كان ، ربما حدث اعتقال المحيطة الجفنية(1) فيعسر قلبه لا سيما إذا كان
[١٢] العليل طفلاً وربما استلزم الأمر / تكلفر(2) العليل حتى يتم فحص العين فحصاً كافياً .

ولأجل فحص أحوال القرنية والرطوبة البلورية يستعان بالنور المتوارب فيلقى على العين نور قنديل(3) ويجمع على كل قسم من أقسام القرنية والحدقة بالتتابع بواسطة عدسية محدَّبة الوجهين ، وبهذه الواسطة يكشف عن قرحة صغيرة أو ظلام جزئي(4) على القرنية وعلى ابتداء علة في محفظة البلورية(5) أو في البلورية(6) نفسها . أما فحص داخل العين بالمرآة العينية(7) فسيأتي الكلام به مفصلاً بمحله .

ومن الأمور المتعلقة بعلاج علل العين استعلام اشتداد المقلة(8) ويقتضي على المتعلم أن يمارس جس العيون الصحيحة لكي يتعوَّد على درجة صلابة العين الصحيحة واشتدادها تحت الجس ، وذلك يتم بأن يؤمر العليل بغمض عينيه بدون شد المحيطة الجفنية وأن يحول نظره إلى أسفل ثم يضغط الطبيب على العينين معاً برؤوس أصابعه أو بأنملة أصبع واحد من كل يد فيقابل بين صلابة العينين وصلابة

---

(١) العضلة المحيطة الجفنية = ORBICULARIS OCULI .
(٢) أي إعطائه قليلاً من الكلوروفورم لتخديره .
(٣) يلاحظ أن المؤلف قد كتب كتابه قبل استعمال المصباح الشقي الكهربائي = ELECTRICAL SLIT LAMP .
(٤) CORNEAL HAZE أو PARTIAL CORNEAL OPACITY .
(٥) LENTICULAR CAPSULE .
(٦) CRYSTALINE LENS .
(٧) لقد كانت تستعمل المرآة المقعرة وعدسة محدبة الوجهين لإلقاء الضوء على قعر العين وفحص الأوعية . . . وهذا هو منظار قعر العين غير المباشر = INDIRECT OPHTHALMOSCOPE كما وصفه ، لأول مرة ، هولمهولتز = HOLMHOLTZ عام ١٨٥٠ . (ديوك إلدر ٧/ ٢٩١) .
(٨) OCULAR HYPERTENSION أو ارتفاع الضغط داخل العين = ELEVATED INTRA-OCULAR PRESSURE .

المقلة الطبيعية ، ويقابل بين صلابة الواحدة وصلابة الأخرى ، فيشعر بذلك هل هي طبيعية أو رخوة ، كما في ضمور المقلة ، أو شديدة ، كما في الكلاوكوما(١) . وينبغي أن تعتبر أذيما الجفنين(٢) إذا وجدت وكيموس الملتحمة(٣) إذا وجد في اعتبار درجة صلابة المقلة . وقد اعتمد بعضهم على حرف للدلالة على وجود صلابة غير طبيعية ، وبرقم على يسار ذلك الحرف للدلالة على درجة الصلابة ، فإن اعتمد على حرف الصاد للدلالة على الصلابة فحينئذ (ص ط) معناه صلابة طبيعية ، و (ص؟) معناه الشك من جهة الصلابة أهي طبيعية أو زائدة و (ص ١) معناه صلابة من الدرجة الأولى أي جزئية ، و (ص ـ ١) معناه أن الصلابة دون الدرجة الطبيعية أي الدرجة الأولى / من رخاوة المقلة ، و (ص ٢) معناه الدرجة [١٣]
الثانية من الصلابة بحيث يؤثر ضغط الأصبع في المقلة قليلاً ، و (ص ـ ٢) معناه الدرجة الثانية من اللين ، و (ص ٣) معناه اشتداد صلابة المقلة بحيث تشبه صلابة حجر تحت الجس ، و (ص ـ ٣) معناه رخاوة من الدرجة الثالثة بحيث تكون المقلة قد ضمرت . وقد استنبط بعضهم آلات لقياس درجة الصلابة غير أن استعمالها عسر نوعاً ومدلولها ليس بأضبط بما يعتبر من دلالة ضغط الأصبع ، فلم يغلب استعمالها(٤) . وينبغي أن المتعلم يعوِّد نفسه على درجات الصلابة الطبيعية في العيون الصحيحة لأن ما تُعَدُّ صلابة زائدة في شخص قد تكون طبيعية في شخص آخر ، وبالعكس لأن بين العيون تفاوتاً من جهة صلابتها الطبيعية .

حدة البصر(٥) : لا يخفى أن بين الناس تفاوتاً طبيعياً في حدة البصر ، وقد تخف لأسباب كثيرة حتى تتناقص إلى درجة مرضية ، ولأجل استعلام حدة البصر استنبط بعضهم أحرفاً مطبوعة مختلفة الجرم من صغير إلى كبير تقرأ على أبعاد

---

(١) GLAUCOMA = الزرق ـ وتسمى في بلاد الشام الماء الأسود ـ . أما في الجزيرة العربية وشمال إفريقيا فتسمى الماء الأزرق .

(٢) وذمة الجفنين = LID EDEMA .

(٣) كدمة ، وذمة الملتحمة = CONJUNCTIVAL CHYMOSIS .

(٤) يلاحظ أن المؤلف هنا لا يزال يشك في أجهزة قياس ضغط العين . . . ويفضل استعمال يده .

(٥) VISUAL ACUITY .

مختلفة حسب كبرها وصغرها لأجل امتحان حدة البصر وقياسها وأشهرها أحرف سنلن[١] وأحرف جيكر[٢] وأحرف جيرود تولون . أما أحرف سنلن فالشكل الأول منها على بعد قدم واحد يكوِّن عند العين زاوية (٥َ) . والشكل الثاني يكوِّن عند العين زاوية (٥َ) على بعد قدمين ، والثالث على ثلاثة أقدام ، والرابع على أربعة أقدام وهلمّ جرّاً . فكل شكل يكوِّن عند العين زاوية (٥َ) إذا أبعد عن العين أقداماً تماثل نمرته . أما أحرف (جيكر) فعلى هذا النسق نفسه . أما أحرف (جيرود تولون) فتكون عند العين زاوية (١) عوضاً عن (٥َ) كما في أحرف سنلّن وجيكر . فإذا فرضنا أقصى البعد الذي عليه يقرأ عليل نمرة من الأحرف المشار إليها = د ونمرة الأحرف = ن ، حدة البصر = ح فتكون العبارة الدالة على حدة البصر ح = $\frac{د}{ن}$ فمن قرأ النمرة أولاً على بعد قدم أو الثانية على بعد قدمين أو العاشرة
[١٤] على / بعد عشرة أقدام فحدة البصرة فيه ح = $\frac{١}{١}$ = $\frac{٢}{٢}$ = $\frac{١٠}{١٠}$ = ١ أي حدة البصر طبيعية . وإذا قرأ النمرة الرابعة على بعد خمسة أقدام فحدة البصر فيه ح = $\frac{٥}{٤}$ = ١ $\frac{١}{٤}$ ، أي أحدّ من الدرجات الطبيعية ، وإذا قرأ النمرة السادسة على بعد ثلاثة أقدام أو الثامنة على بعد أربعة أقدام فحدة البصر ح = $\frac{٣}{٦}$ = $\frac{٤}{٨}$ = $\frac{١}{٢}$. غير أن هذه الأقيسة لا تضبط ضبطاً كلياً لأنه قد يحدث أن عليلاً يقرأ النمرة الثامنة على بعد ستة أقدام أي : ح = $\frac{٦}{٨}$ = $\frac{٣}{٤}$ ، ولا يقرأ النمرة الرابعة على بعد ثلاثة أقدام بل على قدمين أي : ح = $\frac{٢}{٤}$ = $\frac{١}{٢}$ ، فبالقياس الواحد تكون حدة البصر $\frac{٣}{٤}$ وبالآخر $\frac{١}{٢}$. ولكن بتكرار القياس بواسطة نمر مختلفة ينتهي إلى معرفة حدة البصر تقريباً أو بما يكفي للغرض[٣] .

ساحة البصر[٤] : ومن الأمور المتعلقة بعلاج علل العين معرفة ساحة البصر أي هل الشبكية كلها صحيحة تشعر بالنور وبالمرئيات ، أو هل بعض الأقسام منها كالّة أو فاقدة الوظيفة . وكيفية استعلام ساحة البصر هي أن يجلس الطبيب أمام

---

(١) HERMAN SNELLEN (١٨٣٤ - ١٩٠٨) .

(٢) E.JAEGER .

(٣) تلاحظ دقة المؤلف في تحديد درجة الرؤية .

(٤) VISUALFIELD .

العليل على بعد قدم أو قدمين منه وتربط عين واحدة ثم ينصب تجاه العين الأخرى شبح مثل رأس قلم أو طرف الأصبع ويؤمر أن يثبت عينه عليه ولا يحولها عنه ، ثم يؤخذ شبح باليد الأخرى ويجعل فوق الأول على أبعاد مختلفة وعن يمينه وعن يساره وأسفله بالتتابع على أبعاد مختلفة[1] . فإذا كانت كل أقسام الشبكية صحيحة يرى العليلِ الشبح الثاني في كل هذه الأوضاع ، وإذا فقدت حساسية قسمها الأنسي مثلاً فلا يرى الشبح الثاني إذا جُعِل عن وحشي الأول ، وقس على ذلك .
وبتكرار العمل وتغيير الشبح تستعلم ساحة البصر على التمام . فإذا رُسِمَتْ دائرةٌ
كناية عن قعر العين ورسمت لها أقطار / يمكن أن يتعين فيها القسم المصاب من [١٥]
الشبكية والمساحة المصابة تقريباً . وبهذه الواسطة يستطيع الطبيب أن يتحقق حدوث تغير في ساحة البصر من وقت إلى وقت إن كان بالاصطلاح أو عكسه .

فلنفرض (ع م) الهاجرة العمودية[2] و (ف ق) الهاجرة الأفقية . فالأولى تقسم الشبكية إلى نصفين الإنسي والوحشي والأخرى تقسمها إلى نصفين الأعلى والأسفل . فإذا تعينت الأسداس بالأرقام يتعين موقع العلة في أي سدس هو ، وإذا ثبت العليلِ بصره على مركز الدائرة يُعرَف حالاً هل يرى الأرقام في كل الأسداس أم لا . فهذه واسطة أخرى لاستعلام ساحة البصر ، بحيث لا يستطيع العليل أن يرى شبحاً اعتيادياً يستخدم عوضاً عنه لهيب قنديل . ويعتمد على إشارات للدلالة على حدة البصر في الأقسام المختلفة من الشبكية مثاله (+) يدل على بصر اعتيادي ، و (−) على بصر ناقص ، وصفر على فقده . وقد استنبطوا آلات شتى لأجل قياس

---

(١) CONFRONTATION VISUAL FIELD .

(٢) الهاجرة = MERIDIAN .

ساحة البصر غير أنها غالباً عسرة الاستعمال وغالية الثمن بالنسبة إلى فائدتها(١) .

النقطة العمياء(٢) وخط النظر والمحور البصري(٣) : إذا رُبطت عين واحدة أو غمضت ثم تثبت بصر الأخرى على رأس السبابتين الواحدة ملاصقة للأخرى على بعد ما تمد الذراعان قدام العين، ثم تحركت اليد الواحدة بحيث تنتقل سبابتها نحو الوحشية تدريجياً والعين مثبتة على طرف السبابة الأخرى غير المتحركة ، فعند ابتعاد السبابة المتحركة نحو الوحشية عن الأخرى قليلاً تختفي بالتمام ولا يراها صاحبها ، ثم إذا تقدمت أكثر قليلاً إلى الوحشية تظهر أيضاً . وسبب ذلك أن صورتها تقع على مدخل العصب البصري إلى / العين . وتلك النقطة غير باصرة [١٦] فسُمِّيت النقطة العمياء . أما خط النظر ، أو خط السدد ، فهو الخط المرسوم من البقعة الصفراء المنظور إليها . وزعم أن ذلك يوافق المحور البصري وقد أوضح هلمهولتس(٤) أن خط السدد يمر بالقرنية في نقطة إلى الإنسية وإلى الأعلى قليلاً من خط المحور البصري فينتهي في الشبكية إلى نقطة عن وحشية المحور البصري وأسفله .

البصر المزدوج(٥) : إذا انتهى خط السدد من العينين إلى شبح يرى الناظر

---

(١) يلاحظ هنا حرص المؤلف على موضوع ثمن الجهاز المستعمل . . . وقلة ثقته بدقة الأجهزة المستعملة. وربما يشير هنا إلى جهاز قوس الساحة البصرية =VISUAL FIELD ARC وهو القوس المعدني الذي سبق (جهاز غولدمان) وغولدمان هو = HANS GOLDMANN ولد عام ١٨٩٩ ، وهو أستاذ أمراض العيون في جامعة (بيرن) بسويسرا ، وقد صمم جهازاً لا يزال مستعملاً حتى الوقت الحاضر كما اخترع عدة أجهزة لفحص وتشخيص أمراض العيون . (ديوك إلدر ٧/٢٣٤) .

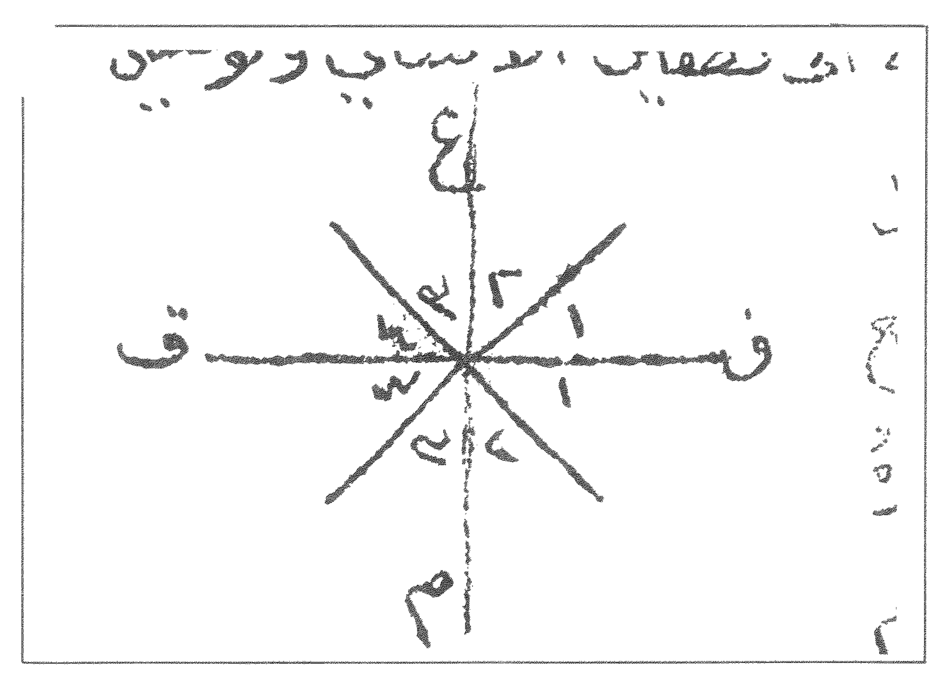
(٢) PHYSIOLOGIC BLIND SPOT .

(٣) VISUAL AXIS .

(٤) HELMHOLTZ .

هيرمان فون هيلمهولتز (١٨٢١ ـ ١٨٩٤) . أستاذ علم وظائف الأعضاء (فيزلوجيا) في كل من كوينغزبرغ ، بون ، هايدلبرغ ، وأستاذ علم الفيزياء في برلين ، وكان من أعظم الفيزيائيين والفيزيولوجيين في عصره ، وقال عنه مايكل فاراداي = FARADAY : (إن بساطته وتواضعه ونقاء سريرته المطلقة جعلت منه أوحد عصره) . (ديوك إلدر ٧/٢٩٢) .

(٥) شفع = DIPLOPIA .



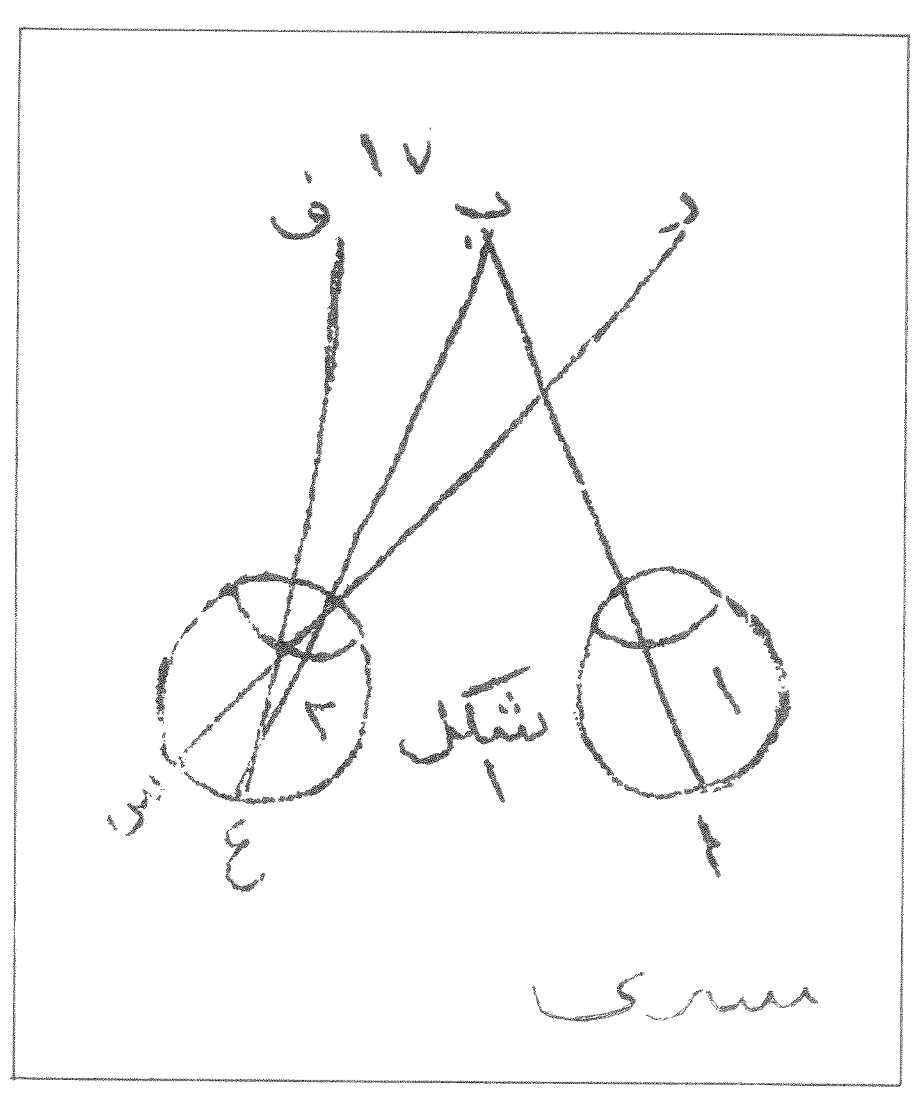
الشكل في الصفحة (١٥) من المخطوطة

ذلك الشبح مفرداً ، وإذا تحول خط السدد من عين واحدة بحيث لا ينتهي إلى النقطة من الشبح ، التي ينتهي إليها خط السدد من العين الأخرى ، يرى الشبح مزدوجاً كما يتضح من ضغط عين واحدة بأصبع عند النظر إلى شيء فيبان شيئين . والبصر المزدوج درجات فإن كان جزئياً لا تبعد الصورة الواحدة عن الأخرى بحيث تميز العين شبحين بالوضوح ، بل إنما الصورة الواحدة تطبق على الأخرى تقريباً فيرى الشبح غير واضح كأنّ حوله هالة ، وهذه الدرجة أخف درجات البصر المزدوج ، وقد انقسم إلى نوعين باعتبار موقع أحد الشبحين بالنسبة إلى الآخر :

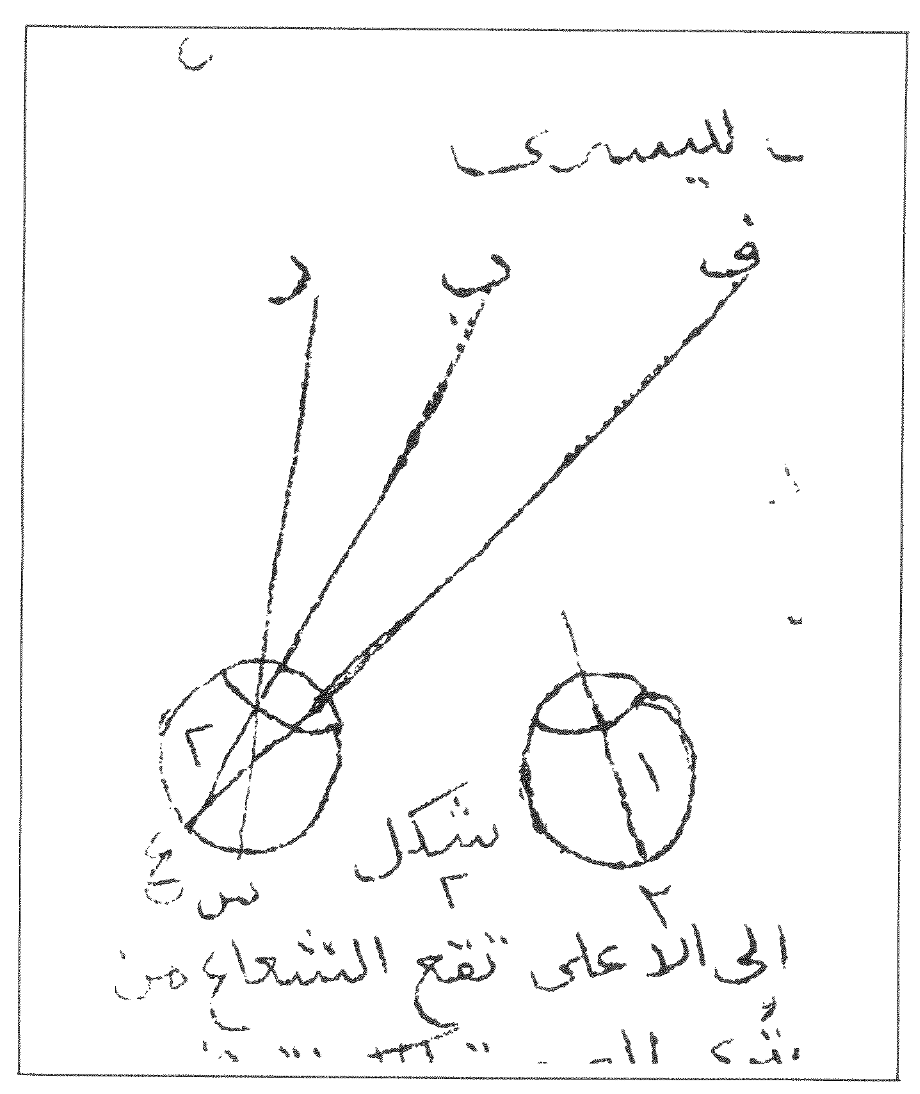
١ ـ **النوع الأول بصر مزدوج مجانس**[١] : أو من اسم واحد أو مستقيم ، وهو أن تكون الصورة التي إلى يمين الناظر مختصة بالعين اليمنى والتي إلى يساره باليسرى .

---

(١) HOMONOMOUS DIPLOPIA = UNCROSSED DIPLOPIA = ESOTROPIA وتشاهد في حالات الحول الإنسي .

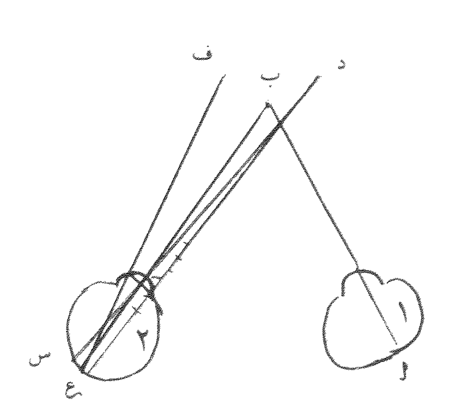


الشكل (١) في الصفحة (١٧) من المخطوطة



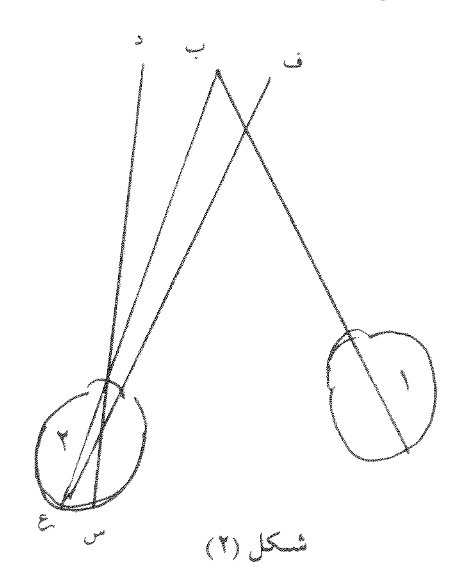
الشكل (٢) في الصفحة (١٧) من المخطوطة

٢ ـ **النوع المتصالب**[١] : فيه تكون الصورة عن اليمين مختصة بالعين اليسرى والتي عن اليسار باليمنى .



شكل (١)

فأما **النوع الأول فهو الحادث في الحول الإنسي** إلاَّ في بعض علل الشبكية . فلنفرض (١) في الشكل الأول العين اليمنى و (٢) اليسرى وخط السدد لليمنى (أ ب) والشبح
(ب) / وخط السدد لليسرى (س د) [١٧]
منحرف عن الشبح أي العين اليسرى محولة إلى الإنسية . فالشعاع من (ب) تقع على (ع) أي على إنسية النقطة الصفراء (س) فينسب الناظر الصورة إلى (ف) أي يراها عند (ف) فتكوِّن (ب) و (ف) صورتين من اسم واحد ومتجانستان لأن الصورة (ب) هي للعين اليمنى و (ف) لليسرى .



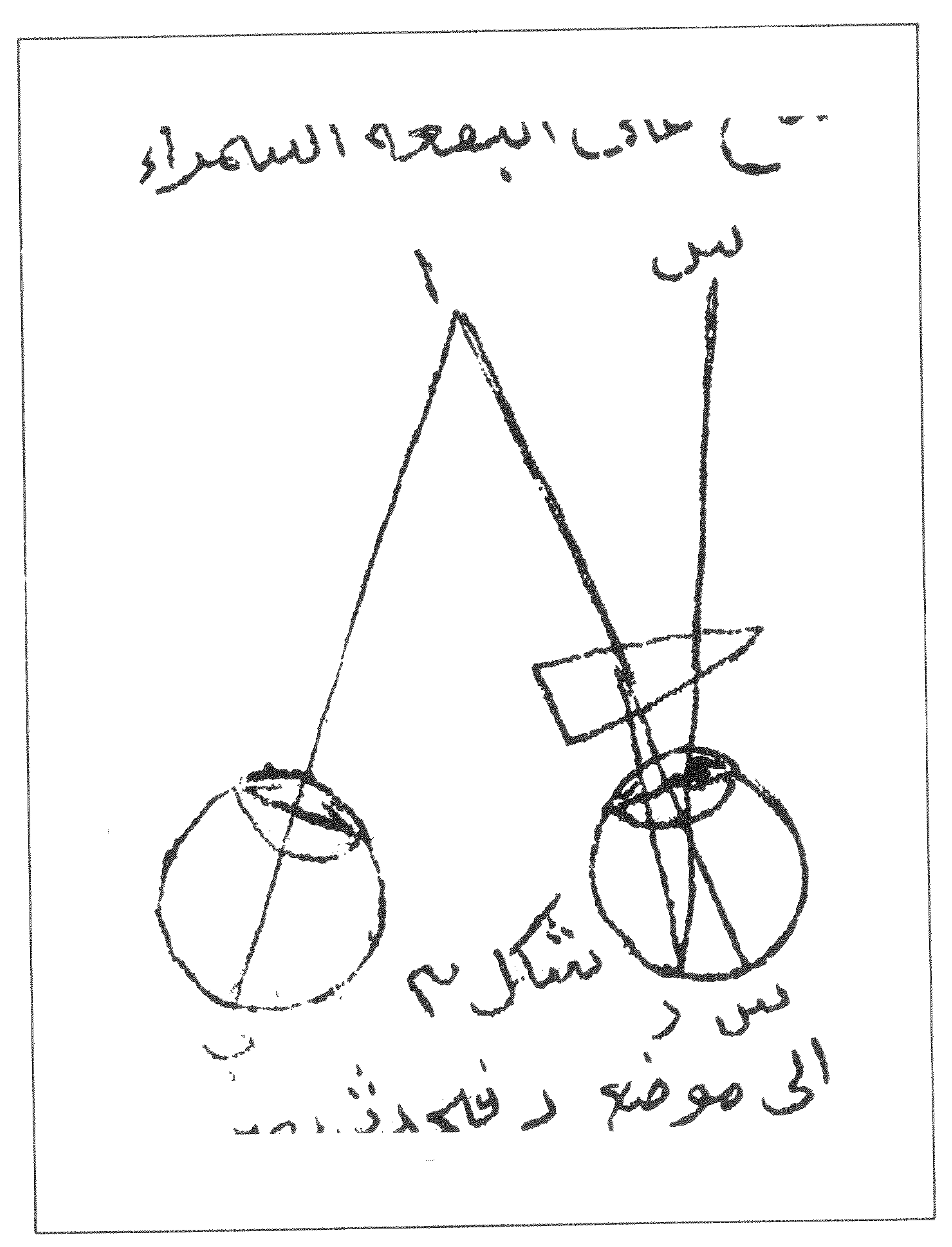
شكل (٢)

أما **النوع الثاني فهو الحادث في الحول الوحشي** كما يتضح من الشكل الثاني ، فيه يكون خط السدد للعين اليسرى (س د) والشعاع من (ب) تقع عند (ع) إلى وحشية النقطة الصفراء فيرى الناظر الشبح عند (ف) وهي إلى يمين الناظر وتابعه العين اليسرى . وإذا تحولت عين إلى الأعلى تقع الشعاع من الشبح على القسم الأعلى من الشبكية

---

(١) HETERONOMOUS DIPLOPIA = CROSSED DIPLOPIA = EXOTROPIA = وتلاحظ في حالات الحول الوحشي .

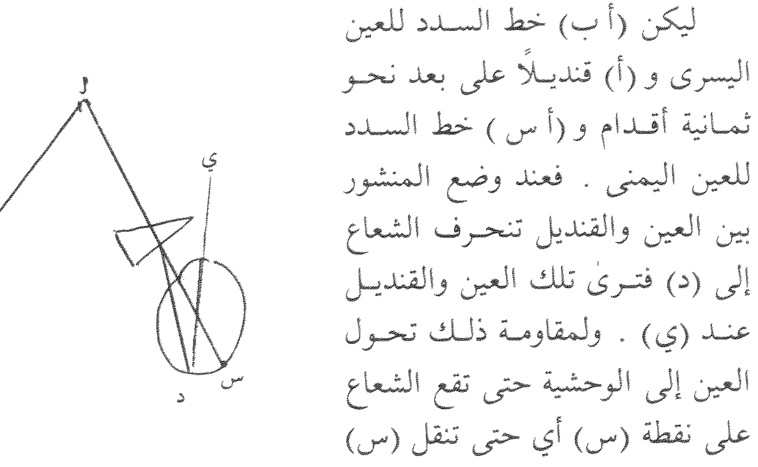
فترى الصورة المكونة في العين الصحيحة والأمر بالعكس إذا تحولت إلى كأنها إلى أسفل .

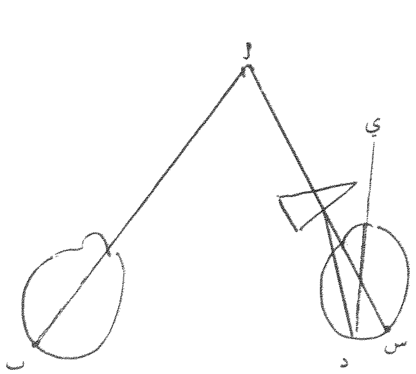


شكل (٣) في الصفحة (١٨) من المخطوطة

ومما ينبغي استعلامه كون البصر المزدوج حاصلاً في عين واحدة أو في العينين ، فإن كان في واحدة منهما يزول عند غمض عين واحدة ولأجل تسهيل تمييز الصور المختلفة المشار إليها آنفاً يوافق وضع قطعة زجاج أحمر أمام العين الصحيحة لأنه بذلك يميز الناظر الصورة الحمراء بكل وضوح ويفرق بينها وبين
الأخرى . / [١٨]

٣ - فعل المنشور[١] المثلث : إذا مرّ النور في منشور مثلث السطوح ينحرف إلى نحو قاعدته ، فإذا نظر أحد بعينيه إلى قنديل مثلاً على بعد نحو ثمانية أو عشرة أقدام عنه ، ثم وضع تجاه العين اليمنى منشور مثلث السطوح قاعدته نحو الأنف تنحرف الشعاع الداخلية إلى تلك العين إلى نحو قاعدة المنشور فتقع على القسم من الشبكية الذي هو إلى إنسي البقعة الصفراء[٢] فيرى الناظر قنديلاً آخر إلى الجهة اليمنى ، أي يحدث بصر مزدوج متجانس . أما العين فتحاول ترجيع الصورتين إلى واحدة فتحوّل حولاً وحشياً بتقلص العضلة المستقيمة الوحشية[٣] بحيث تقع الشعاع على البقعة السمراء وذلك يتضح من الشكل الثالث .





ليكن (أ ب) خط السدد للعين اليسرى و (أ) قنديلاً على بعد نحو ثمانية أقدام و (أ س) خط السدد للعين اليمنى . فعند وضع المنشور بين العين والقنديل تنحرف الشعاع إلى (د) فترى تلك العين والقنديل عند (ي) . ولمقاومة ذلك تحول العين إلى الوحشية حتى تقع الشعاع على نقطة (س) أي حتى تنقل (س) إلى موضع (د) فيحدث بصر مفرد

---

(١) يسمى الآن (الموشور = PRISM) .

(٢) في الأصل : السمراء = MACULA LUTEA .

(٣) LATERAL RECTUS MUSCLE .

بوقوع الشعاع على النقطة الصفراء في العينين معاً . والأمر بالعكس إذا أديرت قاعدة المنشور إلى الوحشية أي يحدث بصر مزدوج متصالب وحَوَل إنسي لأجل إصلاح ذلك .

وقد يستخدم المنشور المثلث لأجل كشف المتمارض المدَّعي بعلة بصرية ، ولأجل إصلاح البصر المزدوج الناجم عن حول جزئي . ولأجل امتحان قوة العضلة المستقيمة الوحشية والإنسية فإن العضلة المستقيمة / الإنسية أقوى على مقاومة [١٩]
فعل المنشور قاعدته إلى الوحشية من الوحشية ، وقاعدة المنشور إلى الإنسية والمستقيمة العليا والقاعدة إلى الأسفل والسفلى والقاعدة إلى الأعلى عاجزتان عن مقاومة فعل المنشور وإصلاح البصر المزدوج الحاصل به ، فلذلك عندما يحاول كشف المتمارض يستخدم منشور ضعيف الفعل أي نحو ٦° أو ٨°[١] وتجعل قاعدته إلى الأعلى أو إلى الأسفل لأجل إحداث البصر المزدوج .

---

(١) تسمى في وقتنا الحاضر (كسيرة موشورية = PRISMATIC DIOPTER) ويشار إليها بـ (△) .

القسم الأول

في علل الملتحمة [١]

---

(١) DISEASES OF THE CONJUNCTIVA .

* * * في هيبريميا الملتحمة [1]

الملتحمة غشاء مخاطي مبطن الجفون وكاسي المقلة ملتصقة بالصلبة التصاقاً شديداً عند حافة القرنية ولها في المآق الإنسي ثنية سميت الثنية الهلالية[2] عليها اللحيمة الدمعية[3] ، وهي مجتمع حويصلات من الشكل المنبت الشعر وغديدات مفرزة شحماً وبينها كريات دهنية . أما أبتليوم الملتحمة[4] فمن النوع المجذّع[5] وهو مستند على غشاء رقيق سمي قاعدة الأبيثيلوم[6] وهو عند انثناء الملتحمة عن الجفن إلى المقلة من النوع العامودي أو الأسطواني . والملتحمة الجفنية تنفذ فيها فوهات غديدات كثيرة العدد موضوعة في نسيجها ، هيئتها مثل هيئة المعاء الأعور ، وعلى سطح الملتحمة الجفنية حليمات كثيرة إلى حد نصف خط من حافة الحدقة الجفن ، وبسبب تلك الحليمات تشبه الملتحمة قماشاً / مخملاً [٢٠] وفيها نوع آخر من الغديدات سميت غديدات الترخوما لخشونتها غير أنها ليست دائمة الوجود وقيل إنها شبيهة بغدد باير .

أما أوعية الملتحمة الدموية فهي من أوعية الجفون والمقلة وتكثر حول القرنية عند حافتها فتتكون بها الهالة الحمراء المحيطة بالقرنية عند حدوث التهاب القسم الهدبي .

أما أعصاب الملتحمة فمن الزوج الخامس أي المثلث الوجهي[7] ، وبسبب تفريعها الخاص تكون ملتحمة المقلة أشد حساسية من سائر أقسامها ، والثنية

---

(١) CONJUNCTIVAL HYPEREMIA .

(٢) SEMILUNAR FOLD .

(٣) LACRIMAL AMPULLA .

(٤) CONJUNCTIVAL EPITHELIUM .

(٥) COLLUMNAR CELLS .

(٦) BASEMENT MEMBRANE .

(٧) يسمى مثلث التوائم = TRIGEMINAL NERVE .

والجيب أقل حساسية من سائر أقسامها ، فقد تبقى في الجيب أجسام غريبة مدة بدون أن تتهيج العين بها . وأعصاب الملتحمة متفممت[1] بسائر فروع المثلث الوجهي ولا سيما بالأعصاب الهدبية[2] وبواسطة الأعصاب الهدبية تتصل بالشبكية والعصب البصري وبالقلب .

أما مفرز الملتحمة فمخاط وسيال صاف مثل الدموع تفرزه وتمصه . وقوتها للامتصاص شديدة جداً بسبب كثرة أوعيتها ، وبذلك يعلل عن عدم سيلان الدموع على الخد بعد استئصال الكيس الدمعي وسدد القناة الدمعية .

أما التهاب الملتحمة ففيه تتسراء كريات النسيج الموصل[3] وتتساقط السطحية منها على هيئة كريات إيثيليوم حديثة العهد غير بالغة إذا كان الالتهاب خفيفاً وعلى هيئة كريات صديدية إذا كان شديداً ، والعميقة منها تتخلل من أخلية النسيج فَيَرِمُ بالنسبة إلى شدة الالتهاب وتكثر في ثنية الملتحمة ، ومتى فات الالتهاب معظمه
[٢١] تحول وتخرج على / هيئة مادة صديدية ، ومتى زاد الورم ، المشار إليه حول القرنية ، سمي كيموس ، وهو شديد الخطر على القرنية بسبب ضغطه أوعيتها . وأحياناً لا تعود الملتحمة إلى حالتها الأولى قبل حدوث الالتهاب بل تبقى المواد المولدة فيصيب الملتحمة نوع من التضخم ، أي هيپرتروفيا[4] ، ولا سيما في الأقسام المجاورة الغضروف الهلالي وفي باطن الجفون فيتكون ما سُمي تراخوما أي الرمد الحبيبي الآتي ذكره في محله[5] . وقد تحول الملتحمة من الالتهاب المزمن حتى تصير غشاءً جافاً قاسياً مظلماً فينتج ما سمي العين الجافة[6] .

أما هيبيريميا الملتحمة أو كثرة الدم فيها فدون درجة الالتهاب ، وأعراضها

---

(١) متفممت : لعله يقصد بها متصلة بعضها ببعض ، ولا ندري من أين اشتق المؤلف هذه الكلمة .

(٢) CILIARY NERVES .

(٣) CONNECTIVE TISSUE .

(٤) ضخامة ، فرط تصنع HYPERTROPHY .

(٥) يعزي المؤلف هنا التراخوما إلى فرط تصنع (ضخامة) الخلايا البشرية في الملتحمة ، لأن العامل الإمراضي للتراخوما لم يكن قد اكتشف بعد .

(٦) DRY EYE = XEROPHTHALMOS .

احمرار زائد عن احمرار درجة الصحة وورم جزئي بعض الأوقات ووضوح الأوعية الدموية على سطحها بحيث تخفي غدد ميوبوميوس[1] نوعاً ، وربما مدت زيادة الاحمرار إلى الجيب أيضاً وإلى اللحيمة الدمعية والثنية الهلالية وملتحمة المقلة بحيث تبان العين حمراء ، وقد ترم حليمات الملتحمة بحيث يصير باطن الجفون خشناً بعض الخشونة أو مثل خشونة المخمل . والعليل يشكو أكَلاناً[2] وحرارة وثقلاً في الجفون بحيث يعسر فتحها . وهذه الجاسيات[3] تزيد عند المساء وعند اليقظة صباحاً ولا سيما إذا عرض العليل نفسه على نور شديد اصطناعي . وفي بعض الحوادث يكثر التدمع ولا سيما إذا عرض على ريح أو دخان ولكنه لا يفرز مخاطاً وهذا هو العرض الفاصل بين الهيبيريميا والالتهاب أو الرمد الزكامي .

أما أسبابها فشدة التحديق والمبالغة ، كما في التصوير والحفر واستعمال الميكروسكوب ، ولا سيما إذا كان ذلك على نور اصطناعي[4] . وقد تكون عرضاً من أعراض هيبيريميا المشيمية / أو الشبكية[5] ، وذلك كثير الحدوث في المكفوفي البصر المصابين بالتهاب الصلبة والمشيمية في مؤخر العين إذا استمروا على القراءة أو الخياطة أو عمل آخر من هذا النوع . وتصيب أيضاً أصحاب البصر المطول (هيپيرمتروپيا)[6] إن لم يستعملوا العوينات في القراءة أو كانت العوينات ضعيفة دون اللازمة لإصلاح درجة الهيپرومتروپيا[7] . وتصدر أيضاً من العرض على [٢٢]

(١) MEIBOMIAN'S GLANDS وهي الغدد الدهنية التي توجد في سماكة الظفر الجفني الهلالي = TARSUS .

(٢) أكلاناً : حكة = ITCHING .

(٣) الجاسيات : ج . الجاسي = DRY MUCOS ولعله يقصد بها المفرزات المخاطية الجافة التي تتوضع على حافة الأجفان .

(٤) لم يثبت علمياً أن التحديق أو المبالغة في استعمال البصر يؤدي إلى التهاب الملتحمة وإنما السبب هو تلوث جرثومي أو فيروسي .

(٥) لم يثبت علمياً أيضاً أية علاقة بين التهاب الملتحمة واحتقان المشيمية والشبكية .

(٦) مد البصر = HYPERMETROPIA .

(٧) نوافق المؤلف على هذه الملاحظة إذ من المعلوم أن عدم إصلاح أسوأ الانكسار = REFRACTIVE ERRORS يؤدي إلى إعراض إجهاد العين واحتقانها & OCULAR STRAIN SPASM .

البرد والرطوبة والرياح الشديدة والغبار ودخول مواد غريبة إلى العين أو انقلاب بعض الأهداب أو انسداد الأقنية الدمعية .

ومن أسباب هذه العلة الاستغماتسم[1] مع انكفاف البصر[2] وذلك من أضر علل التكسير[3] ، وكثيراً ما يحدث هيپريميا مزمنة في الملتحمة ربما تنتهي إلى سلاق[4] إذا تُركت لنفسها .

العلاج : هيپريميا الملتحمة تعالج أولاً برفع السبب مهما كان وراحة العين ، وإذا كان العليل مكفوف البصر أو صاحب هيپرمتروپيا يجب أن يستعمل عوينات كافية لإصلاح الخلل الحاصل من هذا القبيل ، ثم يكثر الغسل بالماء الفاتر . وإن لم تكف هذه الوسائط لإزالة الهيپيريميا تغسل العين بغسول سريع التبخر مثل هذا : روح ملح البارود الحلو[5] درهم واحد ، خل معطر ست نقط ، ماء مستقطر بست أواقي طبية فتلطخ به العين والجبهة والصدغ ثلاث ، أو أربع مرات ، كل يوم
[٢٣] ويترك لنفسه حتى يتحول بخاراً ، وبذلك تخفض حرارة العين أو هذا : / إيثير[6] ما بين درهمين وأربعة دراهم ، روح حصا اللبان أربع أواقي طبية يستعمل كالأول ، غير أنه يجب أن تكون الكمية أقل ، وسيَّما إذا كان جلد الجفن رقيقاً ناعماً . وتوافق أيضاً قطرة مركبة من قمحتين ، أو ثلاث قمحات ، خلّات التوتيا

---

(١) تسمى اليوم اللابؤرية = ASTIGMATISM .

(٢) BLINDNESS .

(٣) يقصد بها سوء الانكسار = REFRACTIVE ERROS .

(٤) THRUSH السلاق تعريفاً ، حسبما ورد في (الكافي في الكحل) لـ (خليفة بن أبي المحاسن الحلبي) ص ١٣٨ : (غلظ يعرض للجفنين مع حمرتهما وتشيطهما ، وهو نوع واحد آلي مع مادة ، وأكثر وجوده صيفاً وخريفاً ، وفي الشبان والكهول ، خاص بالأجفان ، وقد يكون في المآق الأكبر أو المآق الأصغر ، ويكون في كليهما سليماً) . وقال الطبري في المعالجات البقراطية الباب الرابع والثلاثين ص ١١٣ : (إن السلاق يحدث من بخارات غليظة فيها كثيفة حارة حريفة ، فتستكن في الأجفان ، وتتغير إلى ناحية الملتحمة ، وإذا طال مكثها نثرت الأشفار وأجرب الجفن فتكدرت العين) .

(٥) ملح البارود : هو نترات البوتاسيوم $K\,NO_3$ ، (انظر حاشية (١) صفحة ١١) .

(٦) الإيثر : رمزه الكيميائي $C_2H_5OC_2H_5$ مخدر عن طريق التنفس اكتشفه عام ١٨٤٢ طبيب الأسنان (كراوفورد لونغ) من مدينة (أثينز) بولاية (جيورجيا) الأمريكية .

في وقية ماء الورد ، أو قمحتين من كبريتات التوتيا أو كبريتات النحاس في وقية ماء الورد ، أو ماء مستقطر ويوافق أيضاً ضماداً وغسولاً محلول درهم بورات الصودا(١) في أربع أواقي طبية ماء مكوفر . أما نيترات الفضة فقلَّما يوافق في هذه العلة ، غير أن البعض يعتمدون عليه ، كذلك يقال في مس الملتحمة بالحجر الإلّهي ، وهو المركب من كبريتات النحاس ونيترات البوتاسا وكبريتات الألوميا(٢) أجزاء متساوية منها فتحمى معاً ويضاف إليها قليل من الكافور ثم تصب قضباناً وتحفظ في وعاء مسدود سداً محكماً . أما عادة البعض بأن يغمسوا عيونهم مفتوحة تحت ماء بارد فكثيراً ما تحدث زكام الملتحمة وهيجان العين كلها فينبغي اجتنابها إلا نادراً لأجل أغراض خصوصية .

---

(١) بورات الصودا = BORAX = SODIUM BORATE ورمزها الكيميائي $B_4O_7Na_2, 10H_2O$.

(٢) كبريتات الألمنيوم = ALUMINIUM SULPHATE ورمزها الكيميائي $AL_2 (SO_4)_3, 18H_2O$.

من أجلِّ أعراضِه إفراز مادة صديدية أو صديد ومخاط معاً على كميات متفاوتة مع هيبيريميا الملتحمة وورمها .

الهيبيريميا المدلول عليها بالاحمرار تبتديء عند حافة الملتحمة حيث تنتهي [٢٤] بالغضروف الهلالي ، وإذا كانت خفيفة ربما لا تمد إلى / سائر الأقسام . وقد تنحصر في المآق الإنسي[2] والثنية الهلالية واللحيمة الدمعية وقد تشغل كل الملتحمة إلى حافة القرنية والورم كذلك ، غير أن الورم ليس بالنسبة إلى شدة الالتهاب[3] إذ تحدث إيذيما الجفون والملتحمة من التهاب جزئي لا سيما في أصحاب مزاج فاسد فيزيد الورم مع احمرار قليل والورم حينئذ عجيني ، ويمتاز بهذه الصفة عن ورم ارتشاح التهابي ، فينبغي التمييز بين التهاب الملتحمة وحدها والتهاب النسيج الموصل تحتها على المقلة وذلك بأن في التهاب الملتحمة وحدها تكون الأوعية قرميدية اللون أو قرمزية إلى حد القرنية ، وهي تتحرك بسهولة على النسيج تحتها[4] ، وأما في التهاب النسيج الموصل تحت الملتحمة فترى أوعية وردية اللون مثل شعاع أو أنصاف أقطار دائرة مادة من حرف القرنية إلى كل الجهات ولا تتحرك على الصلبة بل تكوّن منطقة وردية اللون حول القرنية[5] . أما أوعية الصلبة فلا ترى أفرادها بل تظهر على هيئة بقع حمر مزرقة . أما حرارة

---

(١) الرمد : التهاب الملتحمة .
الزكام : التهاب غشاء الأنف المخاطي نتيجة الإصابة بحمة راشحة = COMMON COLD
ولعل المؤلف هنا يريد أن يصف التهاب الملتحمة التالي للإصابة بالـ ADENOVIRUS III
إذ تظهر الأعراض بعد شفاء المريض من الإصابة بالزكام .

(٢) THE INNER CANTHUS .

(٣) يقصد بذلك أنه لا يوجد تناسب بين شدة الالتهاب والأعراض السريرية .

(٤) لا تزال هذه العلامة السريرية مستعملة إلى يومنا هذا للتفريق بين التهاب الملتحمة والتهاب ما فوق الصلبة = EPISCLERITIS .

(٥) وهو ما يسمى في وقتنا الحاضر = EPISCLERAL RING .

الملتحمة فمرتفعة قليلاً عن الدرجة الطبيعية والجفون وارمة سخنة ، غير أن ورمها لا يبلغ درجة الورم في الرمد الصديدي ، غير أنه في بعض الحوادث تشتد إيذيما الجفون حتى يتدلى الجفن الأعلى على الأسفل ، وفي البعض ترم حافة الجفون وتحمر ، وفي أواخر العلة تتقرح من قبل حرافة مفرز غدد ميبوميوس وربما أدى إلى السلاق ، وفي أصحاب مزاج مفسود وفي الضعاف قد تشتد إيذيما الجفون / بدون [٢٥] اشتداد الالتهاب ، وكثيراً ما تكسب ملتحمة الجفون هيئة مخملية شبيهة بالتراخوما من ورم حليماتها . ويجب التمييز بين العلّتين فإنه في العلة التي نحن في صددها ، تكون النتوءات الظاهرة على سطح الملتحمة من قبل ورم الحليمات بسبب مرتشح مصلي فيها ، أما في التراخوما فهي نسيج جديد مولّد . أما الكيموس فقلّما يشتد في هذه العلة إلا في الأشياخ[١] الضعفاء أو بعد إطالة الوضعيات الباردة فقد يعقب ذلك كيموس شديد بسبب مرشح مصلي[٢] أو فيبربني[٣] في الملتحمة نفسها وفي النسيج الموصل تحتها . أما الألم وخوف النور فلا يشتدان في هذه العلة إلا نادراً بل يشكو العليل أكَلاناً وحرقاناً[٤] في الجفون فيحاول تسكين تلك الحاسيات[٥] بعرك[٦] العين ، ويشكو أيضاً حاسة وجود رمل في العين لا سيما إذا دخل محلاً حامياً أو منوراً أو بعد التحديق أو المضغ أو امتلاء المعدة طعاماً احتقن به الدم في الأجوف النازل[٧] ، وإذا اشتد الألم وكثر التدمع يستدل على اشتراك القسم الهدبي في الالتهاب وعند ذلك قد يمد إلى القرنية أيضاً .

أما المفرز من العين ، ففي الأول لا يُرى غير زيادة إفراز دموع صافية وبسيال

---

(١) الأشياخ : يقصد بها الشيوخ ، أي المتقدمين في السن .

(٢) EXUDATIVE INFILTRATION .

(٣) FIRBRINE INFILTRATION .

(٤) BURNING SENSATION .

(٥) لعله يقصد تلك الإحساسات SENSATIONS .

(٦) عَرَكَ الشيء : أي فركه بكلتا يديه ، كما يعرك الخباز العجين . كلمة عامية تستعمل في بلاد الشام .

(٧) هو الوريد الأجوف العلوي = SUPERIOR VENA CAVA .

صاف ثم يتعكر شيئاً فشيئاً حتى يصير مخاطياً أو صديدياً وكلما[1] كثر هذا المفرز قلّ إفراز الدموع ، وهو يكثر عند المساء والصباح ويقل في النوم . فعندما ينتبه العليل من نومه يشعر بجفاف العين وألم من هذا القبيل فيبلّها بلعابه أو بماء فاتر .
[٢٦] وقد يجف المخاط أو الصديد على حافة / الجفنين في النوم ويلصقهما فلا تفتح العين حتى تبل ، وإن لم يعتنِ العليل بالنظافة ربما حدث التهاب حافة الجفن[2] وغدد ميبوميوس من تجمع المواد المشار إليها على الجفون ، أي تنتهي الحالة إلى سلاق كما تقدم .

أما البصر فيضطرب بسبب المفرز على سطح القرنية ومن قبل سقوط قطع أبيثيليوم فكأنه من وراء زجاجة مدخنة أو من وراء ضباب . وساحة البصر ملآنة ألواناً وهالات وحلقات سمارير[3] وبقع نيِّرة وسوداء ، وهذه الأشباح تختلف موقعاً بحركة العين ، غير أنها تميل إلى النزول بالأكثر ، وذلك من قِبَلِ سقوطِ المواد المفرزة إلى أسفل . وينبغي التمييز بين هذه الظواهر وتلك التي هي من أول أعراض كلاوكوما أو كتراكت[4] .

الأسباب : هذا النوع من الرمد يحدث عن آفات ميكانيكية ، ومن دخول أجسام غريبة إلى العين ، ومن السكن في هواء فاسد ، والشغل في محالٍّ كثيرة الغبار مثل مخازن الحبوب أو الخرق البالية ، أو الشغل في التبغ ، مثل عمل السعوط أو السيكارات ، والنوم في محال مزدحمة غير مهوية ، والمكث تحت هبوب ريح شديدة ، ومن سرعة الانتقال من البرد إلى الحر وعكسه ، والتحديق وتشغيل العين في نور غير كاف للبصر الواضح مثل القراءة على نور الشفق .

---

(١) في الأصل : وكل ما .
(٢) BLEPHARITIS .
(٣) السمارير هي الذباب الطائر = MOUCHES VOLANTES .
(٤) يلاحظ أن المؤلف هنا يفرق بدقة بين هذه الأعراض الناتجة عن التهاب الملتحمة وبين الناتجة عن الكلاكوما = الزرق = GLAUCOMA والساد = CATARACT . وبالرغم من عدم ذكر الأعراض الأخرى للزرق والساد غير أنه ولا شك قد وضع التشخيص التفريقي في حسبانه .

ويحدث أيضاً من قبل أمراض خميرية[1] نفاطية[2] مثل الجدري[3] والحصبة[4] والقرمزية[5] والحمرة[6] ومن قبل أمراض جلدية مثل الأكزيما والقوباء[7]، ويمتد بالتلقيح[8] بواسطة مناشف أو محارم أو إسفنج يستعملها العليل إذا استعملها غيره بدون تنظيفها قبلُ ، وأيضاً بنقل المادة المفرزة إلى العين الصحيحة بواسطة الذباب ، ومن قبل علل مزمنة في نفسها مثل الشعرة[9] والشترة[10] وانسداد الأقنية الدمعية في العين / . [٢٧]

أما سير هذه العلة فمع العلاج الموافق وقطع الأسباب المهيِّجة تشفى في أيام قليلة ، وقد تزمن ، لا سيما في الأشياخ ، فتنتهي إلى شترة داخلية وعواقبها أو إلى شترة خارجية ، لا سيما في الأشياخ ، وقد تنتهي إلى السلاق أي التهاب حافة الغضروف الهلالي وغدد ميبوميوس فستعصي . وقلّما تمد إلى القرنية والقزحية إلا في الحوادث الشديدة أو من قبل سوء التدبير أو سوء العلاج ، غير أنه إذا تركت العلة لنفسها ربما تزمن ، لا سيما في الأشياخ ، فتستعصي فترتخي الملتحمة وتتخشن ذلك يؤدي إلى التهاب سطح القرنية[11] أو إلى شترة خارجية في الجفن السفلي .

العلاج : إذا كان خفيفاً لا يحتاج إلى علاج غير ترك كل الأشغال وتوقية العين من كل سبب مهيج والغسل المتواتر بالماء الفاتر ، وإذا اشتد الالتهاب نوعاً يرسل

---

(١) YEAST INFECTION .

(٢) نفاطة = PHLYCTENULE .

(٣) الجدري = VARIOLA = SMALL POX .

(٤) الحصبة = CHICKEN POX .

(٥) الحمى القرمزية = SCARLET FEVER .

(٦) الحمرة = ERYSIBELLAS .

(٧) القوباء = IMPETIGO .

(٨) يقصد بها : وينتقل بالعدوى = INOCCULATION .

(٩) الشعرة = TRICHIASIS .

(١٠) الشترة : إما داخلية = ENTROPION أو خارجية = ECTROPION .

(١١) التهاب سطح القرنية = SUPERFICIAL KERATITIS .

بعض العلق على الصدغين ويتناول شيء من المساهل الملحية[1] لأجل تنظيف القناة الهضمية ويقطر في العين مذوب المورفين لأجل تسكين الألم ، ولا تستعمل القطرات القابضة حتى تُكْسَر حدة الالتهاب وتبتدي الدرجة الثانية ، أي استرخاء الملتحمة . وعند ذلك يفيد محلول نيترات الفضة ، نحو ٣ أو ٥ قمحات منه ، في وقية ماء مستقطر ، أو كبريتات الألومينا أو الحامض التنيك ، أما محلولات التوتيا أو النحاس فمؤلمة فتُجتنب ، ولأجل منع التصاق الجفنين ليلاً يدهنان بقليل من الكليسيرنيا أو بمرهم بسيط ، وتوافق أيضاً محلول الحامض التنيك أي نحو خمس قمحات منه ١ ℥ ماء ، أو عشر قمحات من الحامض البوريك[2] في ١ ℥ ماء .

إذا اشتد هيجان العين مع خوف النور واحمرار القسم الهدبي وتدمع زائد
[٢٨] تجنب المواد القابضة وتستعمل الضمادات والغسولات / الملاطفة مثل مغلي الخشخاش ومغلي بزر الكتان ، وينبغي قلب الجفون والتفتيش على جسم غريب في جيب الملتحمة[3] أو على قرحة قوباوية على القرنية أو على الملتحمة . وفي ظروف كالمذكورة قد يعسر التشخيص ، أي لا يعلم هل العلة رمد زكامي أو ابتداء التهاب القرنية أو القزحية ، فيعلق التشخيص وتستعمل الوضعيات المسكنة متى تظهر أعراض يبنى عليها التشخيص الجازم .

إذا كان العليل ذا مزاج حراري يقطر في العين محلول الأتروبين قمحتين منه في ١ ℥ ماء مستقطر ، وتستعمل قطع صوف محمية[4] حافة للعين عوضاً عن النسل[5] خوف زيادة إيذيما الجفون ، وتدلك الجبهة بهذا المرهم : خلاصة البلادونا خمس قمحات كلوريد الزيبق والنشادر ، أي الراسب الأبيض ، خمس قمحات ، مرهم بسيط أو فاسلين درهم واحد تدلك به الجبهة ثلاث ، أو أربع

---

(١) يقصد المسهلات الملحية كالملح الإنكليزي = EPSUM SALT وهو كبريتات المغنيزيوم = MAGNESIUM SULPHATE ورمزه الكيميائي M_gSO_4 .
(٢) حمض البوريك = BORIC ACID ورمزه الكيميائي BO_3H_3 .
(٣) يقصد به الرَدْبَة = CUL-DE-SAC .
(٤) يقصد بحماية العين .
(٥) في الأصل (الغسل) ونعتقد أن الصحيح هو ما أثبتناه نظراً لأنه يستعمل كلمة (النسل) بمعنى (الشاش) وهو القماش الرقيق .

مرات ، كل يوم وعند ظهور نفاط على الجبهة يترك الدلك بالمرهم .

بعد زوال حدة الالتهاب ، إذا بقي المفرز من العين صديدياً غزيراً ، يعتمد على محلول نيترات الفضة قطرة على درجات مختلفة من الثقل بالنسبة إلى كثرة المفرز وقلته ، ويوافق أيضاً هذا المركب : بي كلوريد الزيبق قمحة واحدة كلوريد الأمونيا ست قمحات ماء مستقطر ٦ ؔخ يضاف من هذا المحلول نحو فنجان إلى فنجان ماء فاتر وتضمد به العين ، ويدخل بعض القطرات منه إلى العين ، ويعاد العمل ثلاث أو أربع مرات كل يوم حسب مقتضى الحال ، أو يُرمى بعضه داخل العين بواسطة حقنة مناسبة أو مرشة ، وإذا التهبت حافة الجفون تدهن بمرهم الراسب الأحمر ، أي قمحتان منه إلى درهم من الكليسيرين أي المرهم البسيط ، أو الفاسلين ، أو يعتمد على مرهم نترات الزيبق[١] مخففاً .

أما العلاج العام : فحسب مزاج العليل وصحته العامة ، فربما / استدعى الأمر استعمال المساهل لأجل تليين الأمعاء أو المقويات لأجل التقوية . [٢٩]

تنبيه : من جهة استعمال قطرات نيترات الفضة ، ينبغي الحذر من تسليمها إلى أيدي المصابين لأنه لا يجوز استعمالها إلا إذا كانت القرنية سالمة والعليل ربما يكررها بدون مشورة الطبيب بعد إصابة القرنية فيضر بذلك ضرراً بليغاً[٢] .

---

(١) نترات الزئبق = MERCURY NITRATE ورمزها الكيميائي $H_g (NO_3)_2, 1/2\ H_2O$.

(٢) تلاحظ هنا دقة المؤلف البليغة بمنع إعطاء المريض قطرات نترات الفضة لئلا يسرف في استعمالها فتتضرر عينه ، كما يؤكد على فحص القرنية للتأكد من خلوها من أية سحجات أو قرحات .

أعراضه : احتقان الملتحمة احتقاناً شديداً وورمها وارتشاح مادة فيبرينية عليها وقد تصير غشاء .

أما الاحتقان فعلى الغالب مارّ على كل الملتحمة وعلى الجفون أيضاً احمراره زائد تارة قرمزي اللون ، وأخرى أعمق لوناً . وكثيراً ما ترم ملتحمة المقلة فيحدث كيموس والحرارة الموضعية مرتفعة والألم ماد من العين إلى الصدغ والجبهة وقد يحدث حمى .

أما المادة الفيبرينية ، المشار إليها ، فهي في الحوادث الخفية على هيئة كسوة رقيقة جداً مشبكة ، وإذا اشتدت العلة تبلغ نصف خط عمقاً وتكسو كل جيب الملتحمة ولكنها لا تمد إلى القرنية ، وغالباً تنتهي بقرب حافة الجفن ، وتارة تشغل حافة الجفن أيضاً حتى تغرّي الجفن الأعلى بالأسفل ، وإذا كانت رقيقة فهي نصف شفافة مزرقّة ، وإذا غلظت تصير مظلمة على كثافة الأوتار مصفرّة اللون ، ولا تذوب في سيالات العين فتسقط عن الملتحمة على هيئة خيوط أو تطرح كلها قطعة واحدة ، وإذا ذابت فلا تعد من هذا النوع بل تعد شكلاً من نوع
[٣٠] الرمد الدفثيري الآتي ذكره . / وقلما يشاهد هذا النوع صرفاً بل يتحول في سيره إلى الدفثيري[2] أو يشغل بقعاً من جيب الملتحمة فقط ، أو بقعاً من ملتحمة

---

(١) MEMBRANOUS CONJUNCTIVITIS وتثبت حالياً ، وبعد زرع الفصائل الجرثومية أنه نتيجة لإصابة الملتحمة بالتهاب حاد بالمكورات العنقودية الذهبية = STAPHYLO COC-CUS AUREOS ولا علاقة بينه وبين التهاب الملتحمة الغشائي الدفتيري = DIPHTERIA الناجم عن إصابة الملتحمة بالـ CORYNEBACTERIUM DIPHTERIA .

(٢) سبق أن أشرنا ، في الصفحة السابقة ، إلى عدم وجود علاقة بين التهاب الملتحمة الغشائي نتيجة الإصابة بالمكورات العنقودية ، وبين التهاب الملتحمة الغشائي الدفتيري نتيجة الإصابة بالـ CORYNEBACTERUM DIPHTERIAE وفكرة المؤلف هنا خاطئة من انتقال أحدهما للآخر .

الغضروف الهلالي ، وفي سائر الأقسام أعراض الرمد الزكامي .

أسبابه : مثل أسباب الرمد الزكامي ، ويمد بالعدوى . وعدوى الرمد الزكامي قد تحدث الرمد الغشائي في المستعدين له وهو نادر الوقوع ، وأكثر حدوثه في أشهر الربيع والصيف إذا اشتدت الحرارة مع جفاف .

أما سيره فسريع يبلغ معظمه في يومين أو ثلاثة أيام ، ثم يهجع وتزول الأعراض ويُطرح الغشاء المكون ، وبعد ذلك يتحول غالباً إلى الزكامي أو الصديدي أو إلى تراخوما ، فقلّما يؤذي العين بنفسه ، ولكن عواقبه رديئة منها التصاق ملتحمة الجفن بملتحمة المقلة مكوناً ما يسمى سمبلفارون(١) ، وقد يودي إلى العين الجافة وإظلام القرنية(٢) أو تقرحها(٣) .

العلاج : بعد إزالة كل الأسباب الميهجة يجب توقية العين السالمة بربطها حذراً من تلقيحها ، وعند أول ظهور أعراض التلقيح في العين السالمة ترفع العصابة ويبادر بالعلاج ، فتوضع على العين المصابة الوضعيات الباردة ويرسل بعض العلق على الصدغ وتعطى المساهل الملحية ، ومتى انكسرت حدة الالتهاب ، بهذه الوسائط ، تستعمل الوضعيات الفاترة الملينة والمسكنة والقوابض حذراً من إحالة العلة إلى تراخوما(٤) ، وإذا زادت الأعراض عند استعمال القوابض تعاد الوسائط الأُوَل لمقاومة الالتهاب . وكلما انحل شيء من الغشاء الكاذب ترفع من العين بالملقط ، وإذا ظهرت في الملتحمة شقوق أو التصاقات تفصل من وقت إلى وقت لعله بذلك يمنع السمبلفارون المشار إليه الكثير الضرر بحصره حركات / العين ، ويجوز استعمال المورفين لأجل تسكين الألم من أول العلة ، [٣١]
ولا تستعمل الوضعيات الباردة مدة طويلة بل في أوائل العلة فقط وبعد قليل تبدل بالفاترة الملينة ، والدليل على موافقتها إراحة العليل بها ، أما الكاويات فممنوعة

---

(١) SYMBLEPHARON .

(٢) CORNEAL OPACITY .

(٣) CORNEAL ULCER .

(٤) يلاحظ هنا أيضاً أن المؤلف يعتقد خطأً أن مرضاً ما قد ينتقل إلى مرض آخر . علماً بأن العامل الإمراضي مختلف في المرضين . . . فاقتضى التنويه .

في هذا النوع من الرمد ، وعوضاً عنهـا يوافق قلب الجفنين وتلطيخهمـا بمحلول الحامض الكربوليك[١] جزء منه في ٢٠٠ جزء ماء ، ومن بعـد سقوط الغشـاء إذا تحولت العلة إلى رمد صديدي فحينئذ يجوز استعمال محلول نيترات الفضة جزء منه في ٥٠ جزء ماء .

إن بعض مشاهير أطباء العيون قد أنكروا وجود هذا النوع من الرمد مستقلاً ، فقالوا : إنه درجة أخرى من التهاب الملتحمـة منوَّعـاً بمزاج العليـل فتكون على الملتحمة الغشاء الكـاذب الـذي[٢] من هـذا السبب ، وأنه يعـالج بسلخ الغشـاء المشار إليه عن الملتحمة وكي السطح كما في الزكامي أو الصديدي[٣] .

---

(١) حامض الكاربوليك : وهو الفينول = CARBOLIC ACID ورمزه الكيميائي $C_6H_5 . OH$.

(٢) في الأصل الذكي : يلاحظ أن المؤلف لم يبد رأيـه الشخصي في هذا المقـام إما لعـدم تمكنه من تحديد السبب الإمراضي أو أنه فضل عدم الخوض في أمر لم يبت أمره بعد .

(٣) MUCOPURULENT CONJUNCTIVITIS .

الرمد الصديدي[1]

هـذا النوع من التهـاب العين قـد سمي أيضـاً الـرمـد المصـري ، والـرمـد المُعْـدي ، والرمـدي العسكري ، ومن أهم أعـراضه : كيمـوس[2] وكثرة إفـراز مـادة صديدية تجري مع الدموع أو تذوب فيها ، ولا سبيل لوضع حد فاصـل بينه وبين الرمد الزكامي ، لأن الزكامي الشديد يشبه الصديدي في أجلِّ أعراضه ، وفي هذا النوع ، أي الصديدي ، يزيد ورم الجفون وحرارتها واحمرارها واحمـرار ملتحمة المقلة وورم حليمات الملتحمة الجفنية والكيموس .

أما المادة الصديدية فأكثر مما هي في النوع الزكامي / وأشد خثراً وعدوى ، [٣٢] والالتهاب فيه مادٌّ من الملتحمة إلى النسيج الموصل تحتها فترتشح في خلاياه مادة فيبرينية مصلية فضلاً عما يسيل من سطح الملتحمة ، وهذا الالتهاب أفعل بالقرنية من النوع الزكامي .

وفي ابتداء العلة يشكو العليل حرارة العين وأكلاناً فيها وإحساس رمل تحت الجفن ، ثم تلتصق حوافي الجفون بواسطة مادة لزجـة ، وتتجمع نفط صـديديـة على الأهداب وفي المآقين ، وإذا انقلب الجفن ترى شدة احمرار الملتحمة حتى لا يمكن تمييز غدد ميبوميوس ، وكذلك اللحيمة الدمعية والثنيـة الهلاليـة وجيب الملتحمـة . وملتحمة المقلة يـزيد ورمهـا واحمرارهـا وجلد الجفون أحمـر لامع وارم . أما السيلان من العين فهو ، في أول الأمر ، دمـوع حارة وافـرة ثم يبتدي المفرز من الملتحمة فيصير السيال صديدياً مخاطياً فيه قطع صديد صفراء وكريات إيپثيليوم فاسدة مطروحة . وكل هذه الأعراض ، إلى هذه الدرجة ، تشاهـد أيضاً في الرمد الزكامي ، ثم تشتد الأعراض كلها ويشكو العليل ألماً في العين وفي ما

---

(١) MUCOPURULENT CONJUNCTIVITIS .

(٢) يستعمل المؤلف هنا كلمة الكيموس لوصف وذمة الملتحمـة = CHEMOSIS مع أن كلمـة كيموس تحديداً تعني CHYMUS أو CHYME .

حولها ، وقد يحمّ جانب الرأس كله . وإذا كان الالتهاب من النوع الشيتي يتحمَّ العليل أيضاً . ثم عند جريان السيال المشار إليه بغزارة يخف الألم ولكنه يعود أشد مما كان عندما يشغل الالتهاب القرنية أو القزحية أو أحد أنسجة العين الداخلية . وإذا مدَّ إلى سائر أنسجة العين يشتد الألم إلى أقصى درجة الاحتمال .

ومن الأعراض المزعجة التدمع وخوف النور وزيادة ورم الجفون حتى يتدلى
[٣٣] الجفن الأعلى على الأسفل وهما / وارمان شديدان يبأران[١] تحت الضغط ويعسر فتحهما . أما حرارتهما فمرتفعة عن الدرجة الطبيعية ولكنها لا تبلغ درجة حرارة الرمد الدفثيري ولا يتألمان تحت الجس كثيراً . وهذان الأمران ، أي قلَّة الحرارة وقلَّة الألم تحت الجس ، هما من جملة أوجه التشخيص بين الرمد الصديدي والدفثيري . أما الملتحمة فحمراء وارمة وعليها بقع دم منسكب على سطحها ، والحليمات نافرة وارمة ، حتى يبان سطح الملتحمة خشناً ، وبسبب ورم الحليمات وضغط بعضها بعضاً تبان كأنها مرتبة صفوفاً صفوفاً ، وقد تختفي قواعدها من اتساع رؤوسها مثل زهر القنبيط وتدمي عند أخفِّ لمس . وإذا فتحت العين قهراً ينفر جيب الملتحمة مثل حلقات لحمية محيطة بالمقلة ، وحلقة الكيموس قد ترتفع فوق القرنية حتى تبان القرنية كأنها في بؤرة عميقة وربما اختفى منها غير القليل بسبب طفّ ورم الكيموس على حافتها وهو أشد على جانب القرنية الإنسي والوحشي سبب ضغط الجفن من الأعلى والأسفل فتختنق أوعية القرنية ، ومن هذا القبيل شدة خطر تقدمها وحدّة وطأتها في هذا النوع من الرمد ، وليس ذلك من قبل حرافة المفرزات . وكلما تقدم المرض تزيد المفرزات غزارة فتصير صديدية خثرة صفراء ، أو تمتزج بقليل من الدم المنسكب من الأوعية المحتقنة فتصير حمراء اللون وتسيل على الخد وتغري الأهداب حزماً حزماً ، وتتجمع في جيب الملتحمة حتى إذا فتحت العين قهراً ينبع الصديد كأنه من عمق أو من لزوجة يلتصق بالملتحمة فإذا مسح عنها تبان الحليمات حمراء وارمة ، وتارة يكون مثل غشاء على سطح الملتحمة ولكنه سهل الانفصال عنها والملتحمة تحته لامعة حليماتها

---

(١) يبأران : بأر بأراً أي حفر بؤرة .

والبؤرة هي الحفرة توقد فيها النار . ويبدو أن المؤلف يقصد بهذه الكلمة (يبأران) أي تحدث انخساف إذا ما ضغط على سطح الجفن . (المعجم الوسيط ١/٣٦ بأر) .

نافرة ، / وبـذلك يمتـاز عن الرمـد الدفثيـري الآتي ذكره ، غيـر أنه ، في بعض [٣٤]
الحوادث ، يمتزج الصديدي بالدفثيري فتمتزج الأعراض .

إذا اشتد الخطر في هـذا النوع من الـرمد فـإنما هـو من تلقاء فعله بـالقرنيـة ولا سيما إذا خالطه شيء من طبيعة الرمد الدفثيري ، فإذا ظهر أقـل تكدر صفـاء القرنية في ابتـداء العلة تخشى عواقبهـا ، أما في الـدرجات الأخيـرة فذلـك أقلّ اعتباراً . والأعراض الدالَّة على الخـطر ، من قِبَل أسفـاقلس القرنيـة[١] ، هي : زيادة حرارة الجفنين ، وكيموس ، وخوف النور الزايـد ، وتدمّـع وافر ، وأوجـاع نقرالجية في العين وما يليها . والألم على الغالب متقطع يشتد ليلاً ويشغل جانب الرأس والوجه ، وربما ظهرت على حافـة القرنيـة بثرات صغـار تصير عن قـريب قـروحاً عميقـة ، وتارة تتكـدر صفـاء القـرنيـة من قبـل مـرتشـح مصلي فيهـا أي إيذيما[٢] ، وقد ينحصر ذلك في حوافيها ، وقد يشغل القرنيـة كلها فيضـطرب به البصر كثيراً ولكنه يزول عند زوال الالتهاب . أما القرحة فإذا كانت سطحية تبرأ ولا يبقى لها أثر . وإذا كانت عميقة تبقى في موضعها نقطة بيضاء[٣] لا تـزول . وإذا كان مجلسها أواسط القرنية يضطرب بها البصر جداً[٤] . وقد تنفذ القرحة في كل طبقات القرنية إلى الرطوبة المائية فتخرج[٥] وتدفع القزحيـة حتى تنفر من الثقب فتتكون اندفاع العنبية أي استفيلوما القزحية[٦] وهي مختلفة القـدر والهيئة حسب كبر الثقب ومجلسه . أو تلتصق القزحية بحوافي الثقب فتسده وتنشتـر الحدقـة[٧] أكثر أو أقل حسب قدر الثقب ومجلسه . وقد تندفع الرطـوبة البلوريـة إلى الأمام

---

(١) اسفاقلس القرنية : والأعراض التي يذكرها المؤلف تشير إلى مـا يسمى = SLOUGHING OF THE CORNEAL EPITHELIUM .

(٢) CORNEAL EDEMA .

(٣) LEUKOMA = CORNEAL OPACITY .

(٤) CENTRAL LEUKOMA .

(٥) PERFORATED CORNEAL ULCER .

(٦) تفتق القزحية = IRIS PROPLAPS . أما كلمة استافيلوم ذاتها فتعني حـالياً ضعف الصلبـة وبروز المشيمة والجسم الهدبي من خلال هذا الضعف .

(٧) PROLAPSED IRIS AND PUPILLARY IRREGULARITY .

ويخرج شيء من الجسم الزجاجي ، أو يلتصق كل سطح القزحية بسطح القرنية الخلفي .

عند حدوث ثقب القرنية يخف الألم فجأة ويشعر العليل بجريان سيَّال حار
[٣٥] على خده ، ومن ثم إذا توجه المرض إلى / الصحة تأخذ القرحة بالاندمال أو تسترق القرنية من قبل التهاب نسيجها فتُدفع إلى الأمام بالضغط الداخلي فيحدث نوع من القرنية المخروطية[١] .

إن عواقب ثَقْب القرنية هي واحدة فأكثر من خمس :

١ ـ نفوذ القزحية من الثقب أي استفيلوما القزحية[٢] على هيئات مختلفة كما تقدم .

٢ ـ سينيخيا[٣] مقدمة ، أي التصاق القزحية بحوافي الثقب أو بقسم من سطح القرنية الخلفي .

٣ ـ التصاق محفظة البلورية بالثقب وإظلامها فيتكون كتراكت محفظي مركزي[٤] ، أي بعد إظلام المحفظة بملاصقتها الثقب تتجدد الرطوبة المائية فتدفع البلورية إلى موضعها وينفصل الالتصاق ، أو تتمدد المحفظة ، وتمتغط فتبقى نقطة منها ملتصقة بالقرنية فيتكون كتراكت محفظي هرمي .

٤ ـ سد الحدقة أو شترها[٥] .

٥ ـ إستفيلوما مقدمة وسيأتي ذكرها .

وقد تكون القرحة على حافة القرنية طويلة مثل ثلم صغير . وهذا النوع شديد

---

(١) KERATOCONUS القرنية المخروطية مرض ينجم غالباً عن الإصابة بالرمد الربيعي = VERNAL CATARRH إذ يؤدي فرك العين الدائم والشديد إلى رقة طبقات القرنية وبالتالي بروزها . . .

(٢) IRIS PROLOPSE .

(٣) ANTERIOR SYNECHIA .

(٤) CENTRAL ANTERIOR CAPSULAR CATARACT .

(٥) PUPILLARY IRREGULARITY, PUPILLARY SECLUSION .

الخطر جداً تحيط بالقرنية أو بأكثرها في مدة وجيزة فتسقط فيتلف البصر ، وربما اختفت تلك القرحة تحت الملتحمة الوارمة المحدثة الكيموس فلا ترى عند أولها . وإذا كانت العلة شديدة ربما تلفت العين باسفاقلس القرنية في مدة بعض الساعات فتسقط وتخرج الرطوبات أو بعضها فتضمر المقلة ضموراً .

وعند امتداد التقرح إلى طبقات القرنية العميقة ، أو عند حدوث الثقب ، قد يحدث التهاب القزحية . ومن أعراضه شدة خوف النور وتدمع وأوجاع نقرالجية وانقباض الحدقة على غير انتظام ، أو تسد بمادة ليمفاوية ولون القزحية متغير .
غير / أن ذلك قلما يتميز بسبب تكدر صفاء القرنية والرطوبة المائية . وقد يمتد [٣٦]
الالتهاب إلى سائر أنسجة العين الداخلية[١] فتحدث خراجة المقلة[٢] مع ألم زائد إلى أن تفرغ العين . أما سبل القرنية أو الجوخة فقلّما يعقب الالتهاب الصديدي الحاد بل يعقب المزمن كثيراً بسبب خشونة حليمات الجفون وعركها القرنية حتى يحدث التهابها ، وإذا كانت القرنية منسبلة قبل الالتهاب الحار يقل خطر تقرحها ، وبناء على ذلك عولج السبل الحادث من قبل خشونة الجفون بواسطة التلقيح .

سير هذه العلة مختلف المدة بين أربعة أو خمسة أيام ، وثلاثة أو أربعة أسابيع ، وقد تزمن فتدوم أشهراً وتستعصي ، ومن تخشين الحليمات وعرك القرنية بها يتولد السبل ، ومن ارتخاء الملتحمة تحدث شترة خارجية .

أما **أسبابها** فمثل أسباب الرمد الزكامي إذا اشتد فعلها وقد يتحول الزكامي إلى الصديدي من تلقاء استدامة فعل الأسباب المحدثة ، أو من قبل سوء التدبير أو العلاج . وإذا كثرت حوادثه يصير على نوع وبائياً وعند ذلك تحدثه أخف الأسباب التي تحدث الزكامي اعتيادياً ، والعلة إذا حدثت ، من أي سبب كان ، تشتد بسبب السكن في هواء فاسد وازدحام الناس في المساكن والعرض على البرد الشديد ، أو الحر الشديد ، أو النور الشديد فإذا ظهر الرمد الصديدي في
القشل[٣] أو السجون أو المستشفيات الكبار يعسر منع امتداده ، / وكذا في [٣٧]

---

(١) ENDOPHTHALMITIS .

(٢) INTRAOCULAR ABCESS .

(٣) القشل ، ومفردها القشلة ، وهي كلمة تركية تعني (الثكنة العسكرية) .

العسكر الزاحف في الحر ، أو في السهول الواسعة ، أو الرمال ، أو البوادي ، كما في الهند وبلاد العرب وبلاد مصر ، ومن ذلك قد سمي رمداً مصرياً ورمداً عسكرياً ، فتارة يكون الوباء على هيئة الرمد الزكامي وتارة على هيئة الرمد الصديدي وأخرى على هيئة الرمد الحبيبي ، أي التراخوما ، والنوع الواحد يتحول إلى الآخر(١) والأشكال كلها قد توجد معاً في جيش واحد ، ومن ذلك الأقاويل المختلفة عن الرمد العسكري وشدته وعدواه .

أما شدة العدوى فمتوقفة على شدة المرض ودرجته . فقد ظهر من امتحانات شتى أن المواد الجارية من العين ، في الدرجات الأول من الرمد الصديدي وفي النوع المزمن منه ، هي قليلة القوة على العدوى وتلك المواد مائية صافية ، ثم متى فاتت الدرجة الأولى وصارت مخاطية صديدية تحدث بالعدوى علة خفيفة ، وشدة العلة الحادثة هي بالنسبة إلى شدة المحدثة وصديدية السيلات الجارية من العين ، فإن تلقَّحت عين صحيحة بالصديد من حادثة شديدة يحدث الرمد في مدة تختلف بين ست ساعات واثنتي عشر ساعة ، وإذا تلقحت من حادثة متوسطة الشدة يحدث الرمد بعد ١٢ أو ٣٦ ساعة ، وإذا تلقحت من حادثة خفيفة يحدث الرمد بعد ٦٠ أو ٧٠ ساعة ، وإذا تلقحت من المزمن يحدث بعد ٧٢ أو ٩٦ ساعة . غير أن الصديد
[٣٨] من الرمد الصديدي / لا يحدث مثله في كل حين بل تارةً يحدث رمداً صديدياً وأخرى زكامياً وأخرى دفترياً وأخرى حبيبياً . والمواد من الزكامي أو الدفثيري أو الحبيبي قد تحدث رمداً صديدياً . والنوع الحادث يتوقف على أسباب هوائية ، أو ظروف صحية ، أو أسباب مزاجية ، أو عرضية وعلى عمر العليل . وظهر من امتحانات بعضهم أنه إذا تلقحت عين ولد عمره بين سنتين وثلاث سنين بالصديد من رمد المولودين حديثاً يحدث غالباً رمد دفتري في الملقحة(٢) . وأما عيون البالغين فيحدث فيها ذلك رمداً صديدياً أو حبيبياً . والعيون الصحيحة أشد قابلية للتقليح من المصابة بالتهاب القرنية أو السبل . وتكرار التقليح يخفف فعل

---

(١) يعود المؤلف خطأ ، مرة أخرى ، إلى فكرة تحول أحد الأمراض إلى مرض آخر . . . .
(٢) يعزي المؤلف خطأ نوع الرمد إلى سن المريض الملقَّح ، مع أن العامل الوحيد لتحديد الرمد هو الجرثوم المسبب .

الصديد[1] وتخفيفه بالماء على نسبة ١٠٠ جزء إلى جزء صديد يعدمه فعله بالتمام .

أما صديد التعقيبة والمفرزات من المهبل فتحدث الرمد الصديدي . والظاهر أن المادة المعدية تنقلها الذباب تارة وأخرى ينقلها الهواء لا سيما إذا كثرت الحوادث وتجمعت في محال غير مهوية .

أما **الإنذار**[2] في الرمد الصديدي فمبني على درجة العلة وشدتها وطبيعة الوافدة[3] إن كانت وافدة . فإن كانت المواد الجارية من العين مخاطية صديدية والحادثة ذاتية يكون الإنذار حسناً ، وكذلك إذا كانت من قبل العدوى وكانت الحادثة المحدثة خفيفة مادتها مخاطية بالأكثر غير صديدية ، وكذلك يكون الإنذار حسناً إذا كان الورم قليلاً ، / والاحمرار غير شديد وانحصر الورم في ملتحمة [٣٩]
الجفون أو لم يكن ورم الكيموس صلباً والمواد الجارية من العين مائية ولم تصب القرنية ولم تكن في الحادثة شيء من الطبيعة الدفثيرية . والإنذار غير حسن إذا اشتد ورم الكيموس وطفَّ على القرنية ، أو ظهر تقرح القرنية ، أو ظهر شيء من الطبيعة الدفثيرية في الأعراض .

العلاج : إذا كانت الحادثة شديدة يجب حصر العليل في محل مظلم وربما اقتضى حصرُه في فراشه ، ولكنه يجب أن يكون المحل مهوياً ، وينبغي فصل المصابين ، على قدر الاستطاعة ، بعضهم عن بعض وعن الأصحاء لا سيما في القشل والمدارس . ويجب تنبيه المداوين من جهة كون العلة معدية بواسطة المناشف والمحارم والإسفنج والذباب واللمس ، ويجب غاية الاحتراس من جانب الأطباء والمداوين عند فحص العيون المصابة وغسلها وقطرها لئلا يدخل شيء من المواد المعدية في عيونهم . وإذا حدث مثل ذلك عَرَضاً تغسل العين حالاً بالماء الفاتر ويحقن تحت الجفون بواسطة محقنة صغيرة حتى تزال المادة

---

(١) لعله يحاول أن يذكر حدوث مناعة من تكرار التلقيح .
(٢) الإنذار = PROGNOSIS .
(٣) الوافدة = EPEDEMIC .

السامة من العين ، ثم يقطر فيها محلول نترات الفضة نحو قمحتين منه في وقية ماء طبية طمعاً بإماتة ما بقي من المادة المعدية المشار إليها[1] .

أما العليل فإذا أصيب عين واحدة فقط يجب عصب الأخرى حالاً عصباً محكماً مانعاً للعدوى ، أي توضع عليها قطعة نسل ثم لزقة من مرهم أكسيد [٤٠] الرصاص أو اللازوق[2] / ويوضع كلوديون على حوافيها حتى تقطع إمكانية العدوى ، وترفع هذه الوضعيات كل يوم مرة لأجل تنظيف العين وفحصها . وإذا ظهرت فيها دلائل ابتداء المرض يقطر فيها قليل من محلول نترات الفضة ، كما تقدم ، وعند ذلك ترفع العصابة . وإذا وضعت وضعيات مبردة بالجليد على العين المصابة عند أول ظهور الاحمرار ربما قطع المرض من أوله .

أما الأعراض العامة فقلما يحدث منها ما يعتبر ، غير أنه في الرمد التعقيبي وبعض حوادث الصديدي الاعتيادي قد ينحمُّ العليل ويقذر اللسان وذلك يستلزم مسهلاً فعالاً وينبغي أيضاً رفع كل الأطعمة المهيِّجة ، وكل الأسباب المهيجة ، ويتناول العليل بعض الأشربة المبرَّدة . أما الفصد العام فلا داعي له إلا نادراً جداً ، بل بالعكس كثيراً ما يكون العليل سيء المزاج نحيف الجسم ضعيف البنية فيستدعي الأمر المقويّات والمنبّهات والأطعمة الجيدة المغذية ، وإذا أصابه أرق واضطراب ليلاً يُعطى جرعة من هيدرات الكلورال[3] أو حقنة مورفين تحت الجلد حتى ينام نوماً كافياً .

أما العلاج الموضعي فهو أولاً تسكين الألم ، وذلك يتم بقطر محلول المورفين إلى العين ، أي قمحتين ، أو ثلاث قمحات ، منه في أوقية طبيةً ماء ، أو

---

(١) تلاحظ دقة المؤلف بالاحتياطات الواجب اتخاذها والإجراءات الوقائية .

(٢) مرهم أكسيد الرصاص = LEAD OXIDE ومنه أول أكسيد الرصاص = LEAD MONOXIDE ورمزه الكيميائي PbO ، وثاني أكسيد الرصاص = LEAD DIOXIDE ورمزه الكيميائي PbO_2 .

(٣) هيدرات الكلورال أو كلورال مائي = CHLORAL HYDRATE ورمزه الكيميائي CL_3CHO, H_2O وهو بلورات بيضاء طعمها مرّ وكاوي ، رائحتها واخزة ، تستعمل كمنوم ومضاد للتشنج .

يرش قليل من المورفين الناعم في العين أو يُرمى نحو $\frac{1}{6}$ أو $\frac{1}{4}$ القمحة تحت جلد الجبهة ، أو الصدغ وذلك يسكن الاعتقال العصبي ويعين على مقاومة الالتهاب .

[٤١] ثم ينبغي الاعتناء التام بتنظيف العين / بواسطة الغسل بالماء الفاتر ، أو مغلي الخشخاش الفاتر ، وربما اقتضى إزالة المواد من تحت الجفون بواسطة محقنة ، غير أنه يجب أن يفعل ذلك بكل لطافة ودقة لئلا تُؤذى القرنية ، ويوافق أن تُدهن أطراف الجفون بقليل من المرهم البسيط أو الكليسرين منعاً لالتصاقها ودفعاً لإذاء المواد الحريفة الجارية من العين . وإذا كانت الحادثة شديدة يقتضي غسل العين ، كما تقدم ، كل ثلاث أو كل أربع ساعات ، وإذا كانت خفيفة يفعل ذلك ثلاث أو أربع مرات كل يوم .

إذا شوهد العليل من ابتداء المرض وكانت حرارة الجفون عالية مع ورمها يقتضي أن يتعامل الوضعيات الباردة ، في أول الأمر ، لعله يقطع بها الالتهاب أو يخفف ، وذلك يتم بوضع قطع نسل على قطعة جليد حتى تبرد ثم توضع على العين وتبدل كلما سخنت من حرارة الجفون أي كل ثلاث ، أو كل أربع ، دقائق في أول الأمر ، فإن لم يكن الاعتناء بالوضعيات الباردة على هذه الكيفية فتركها أولى لأن رد الفعل الحاصل يزيد المرض اشتداداً . وحالما تنحط حرارة الجفون أو يشكو العليل من برودة الوضعيات تبدل بالضمادات الفاترة ، كما تقدم . وبعض الأحيان يوافق قطر الماء البارد على العين على الدوام بواسطة شلة خيطان مغموس طرفها الواحد في وعاء ماء والطرف الآخر متدلي فوق العين قريب إليها .

[٤٢] أما الفصد الموضعي بواسطة العلق أو الكؤوس للصدغ / فكثير النفع ، ولا توضع بقرب العين بل على نحو قيراط عنها لأن الإيذيما الحاصلة منها قد تمد إلى الجفون فتزيدها ورماً . والأَوْلى تركيب العلق ثلاثة ثلاثة ، أو اثنين اثنين ، وتكرر حتى يستمر جريان الدم ويُعان ذلك بالضمادات الفاترة ، غير أنه في هذا الأمر ينبغي أن يلاحظ مزاج العليل وصحته العامة قبل الإصابة .

إذا زاد ورم الجفون واشتد بحيث ضغط على القرنية يجب شق المآق الوحشي[١] . أعني الجلد والمحيطة الجفنية ، ولا تشق الملتحمة لئلا تحدث

---

(١) LATERAL CANTHOTOMY .

شترة خارجية . فبهذه الواسطة يخف الاحتقان بنزول الدم ويرتفع الضغط بالـورم والاعتقال العضلي .

أما القطرات القابضة فيتأخر استعمالها حتى يصيـر المفرز من العين وافـراً ، وعند ذلك ينتخب الصنف الذي يجوز وضعه بين أيادي العامة ، إذا كان العليل من الذين يحضرون للمشاهدة في المستشفيـات كل يـومين أو كل ثـلاثة أيـام ، ومن أفضلها ، في هذه الـظروف ، محلول كبريتـات المورفين نحـو قمحتين في وقية مـاء لأجل التسكين ، وقمحتين من كبريتات التوتيا وأربع ، أو ست ، قمحات كبريتات الألومينا في أوقية ماء مستقطر وهذه القطرة يجب رميها بين الجفنين بواسطة محقنة زجاج صغيرة كل ربع ساعة أو كل نصف ساعة نهاراً ، وكل ساعتين ليلاً . وكلما اصطلحت العين تطال المـدة بين الحقن . وقبل إدخـال القطرة إلى العين ينبغي تنظيفها وإزالـة المفرزات منهـا حتى تصيب القطرة كـل أقسام الملتحمـة . وعند
[٤٣] المشاهدة كل يومين ، أو كل ثلاثة أيام ، / توضع على الملتحمة محلول نيترات الفضة عشر قمحات لكل وقية ماء مستقطر بواسـطة قلم شعر أو ريشـة ، والعليل يَستعمل القطرة الأولى يومياً كما تقدم .

إذا كانت الحادثة شديدة ، وكانت مشـاهدة العليـل ممكنة يـوافق أن توضـع القطرة المشار إليها (أي نيترات الفضة عشر قمحـات في وقية مـاء مستقطر) في العين كل خمس ، أو كل ست سـاعات ، حسب مقتضى الحـال وهذا يجب أن يعمله الطبيب بنفسه ، ولا يتكل على العليل ولا على أهله . وبعض الأحيان يوافق أن يكون المحلول أثقل مما تقدم ذكره أي ٢٠ أو ٤٠ قمحة نيترات الفضة في وقية ماء مستقطر توضع على الملتحمة ، على الطريقة المشار إليها ، مرة واحدة كل يوم ويستعمل العليل قطرة التوتيا والألومينا كما تقدم . وإذا كانت مشاهدة العليل ممكنة أو كـان في مستشفى يعتمد على حجـر نيترات الفضـة المخفف بحيث تمس كل أقسام الملتحمة وتجتنب القرنية بكـل حرص وتغسـل العين بعد العمـل بمحلول كلوريد الصوديوم قبل تـرجيع الجفنين بعـد قلبهما ، وتـزال قطع كلوريـد الفضة المكونة بواسطة الماء البارد الصرف ، ويبلغ الكي ، أو يخفف ، حسب مقتضى الحال ، ولا تمس ملتحمة المقلة إلا إذا كان الكيموس زايداً ولم يذعن لتجريحه تجريحاً كافياً ، ونفر من بين الجفنين فلا تمس كلها بل بعض النقط منهـا فقط ،

ويعقب حالاً بمحلول كلوريد الصوديوم . وإذا كانت الملتحمة وارمة ورماً زائداً ينبغي تجريحها بمبضع بعد الكي أو قبله / بمدة لئلا يفعل نيترات الفضة بالجروح [٤٤]
أكثر مما ينبغي ، ويجب تجريح الكيموس أو يقطع منه قليلاً بقرب حافة القرنية إذا خيف الضغط عليها . وبعد الكي توضع وضعيات باردة ، أو جليدية ، على العين لأجل الإعانة على تقلص الأوعية ومنع رد الفعل ، وكثيراً ما يوافق لذلك محلول الحامض الكربوليك ، المشار إليه آنفاً ، مبرداً بالجليد تغسل به العين بواسطة قطع نسل وتوضع القطع على العين وتترك عليها حتى تسخن ، كما تقدم .

بعد الكي على الطريقة المتقدم ذكرها تحمر العين وتحمى وتتألم وتدمع ويسيل منها مادة مخاطية وأما الاستبخار المكون على ملتحمة الجفون فيسقط بعد نحو ٣٠ أو ٦٠ دقيقة على هيئة قطع مصفرة ملتفة على نفسها ، والذي على ملتحمة المقلة يسقط بعد ذلك . أما الأعراض الالتهابية فتخف سريعاً ويخف ورم الملتحمة ويقل التدميع وذلك درجة الهجوم ودرجة تجديد الأبثيليوم ، ثم تعود الأعراض كما كانت قبل الكي فتحمر الملتحمة وترم ، وهذه الدرجة يجب محاولة قطعها قبل أن تبلغ أشدها وذلك بإعادة الكي ، وبهذه الواسطة تطول درجة الهجوع وتخف أعراض رد الفعل ، وربما كفى الكي مرة كل ٢٤ ساعة ، وإذا اشتدت الأعراض استلزم إعادته مرتين ، أو ثلاث مرات ، ولكنه لا يعاد حتى يعود المفرز الصديدي .

إذا تكدر صفاء القرنية يقطر في العين محلول كبريتات الإيسيرين جزء منه في ٢٠٠ جزء ماء ثلاث ، أو أربع ، مرات كل / يوم وتبدل الوضعيات الباردة بالفاترة [٤٥]
وذلك يقلل الضغط الداخلي[١] ويقلص الأوعية الدموية .

إذا ظهرت على القرنية قرحة عميقة وخشي ثقبها يجب بزلها بإبرة دقيقة تنفذ في قعر القرحة وتستخرج الرطوبة المائية تدريجاً فتسقط القزحية على الثقب ، ولكن لصغره تدفع إلى الوراء أيضاً بتجديد الرطوبة المائية ، وعند رفع الضغط الداخلي بالبزل وبالإيسيرين تبرأ القرحة .

---

(١) يبدو أن المؤلف يدرك تماماً أن الإيسيرين يخفض ضغط العين الداخلي ، وبالتالي ينقص تكدر القرنية الناجم عن وذمتها لارتفاع الضغط .

وإذا حدثت سينيخيا مقدمة ، أي دام التصاق القزحية بالثقب ، وكان الالتصاق بقرب حافة الحدقة ، يستعمل محلول الأثروپين لعل الالتصاق ينفصل بتقلص القزحية وتوسيع الحدقة . وربما استلزمت الظروف البزل عدة مرات وبذلك يمنع امتداد القرحة ، ولا يبقى بعدها غير بياضة صغيرة جداً . وإذا تركت القرحة حتى تنثقب القرنية تتسع مساحتها وينفر قسم من القزحية وربما اندفعت الرطوبة البلورية إلى الأمام أيضاً وتحدث سينيخيا مقدمة غير قابل الانفصال وعواقب أُخَرْ رديئة . وإن لم يشاهد العليل حتى بعد الثقب ، وكانت القزحية نافرة منه ، تبزل بإبرة دقيقة ، كما تقدم ، طمعاً بتخفيف الأضرار ويكرر البزل حتى يظهر القسم النافر وإلا فيقطع بمقص صغير بعد بزله ، وإذا كانت الرطوبة البلّورية في الثقب يستخرج مع قليل من الجسم الزجاجي بواسطة سكين لاستخراج الكتراكت[١] ثم تعصب العين . وبهذه الوسائط قد يبقى قسم من القرنية شفافاً بحيث يمكن إجراء
[٤٦] عملية فتح حدقة اصطناعية[٢] بعد حين . / إذا أزمن الرمد الصديدي يعالج بمس الملتحمة بكبريتات النحاس وقطرة محلول الحامض التنيك نحو (٥) قمحات منه في وقية ماء طبية ، وإذا نفرت الحليمات كثيراً وتدلّت تقطع ، وكذا إذا تعرضت رؤوسها مثل زهر القنبيط . ويستديم العليل على الغسل بالماء الفاتر دفعات كثيرة كل يوم ، ويوافق أيضاً مرهم الراسب الأحمر قمحتين منه في كل درهم من المرهم البسيط أو الكليسيرين أو الفاسلين .

(١) لا تزال هذه الطريقة لقطع القزحية المتفتقة مستعملة حتى يومنا هذا مع بعض التعديل بالأسلوب الجراحي .

(٢) OPTICAL IRIDECTOMY .

الرمد التعقيبي[1]

هذا النوع من الرمد أشد علل العين خطراً وأجلُّ أعراضه أعراض رمد صديدي شديد ، وبعض الأحيان ترافقه أعراض عامة . فبعد التلقيح بمدة وجيزة يشعر المصاب بالأُكَلان والحَرَقان في العين كأنه قد دخل رمل تحت الجفنين ، ثم تحمرّ العين وتدمع وتتألم من النور ويلتصق أحد الجفنين بالآخر بعض الالتصاق بواسطة مادة مخاطية صديدية . ثم تشتد الأعراض سريعاً على نسق الرمد الصديدي فترمُ الجفون وتسخن وترمُ الملتحمة وتنفر حليماتها وتتسع أوعيتها . والكيموس يحيط بالقرنية ويرف عليها وقد ينفر من بين الجفنين وتسيل من العين مادة صديدية غزيرة وتجري على الخد[2] ، وكثيراً ما تتقرح القرنية سريعاً وتنثقب وتارة تشتد القشعريرة والحمّى والانحطاط لأن المصابين على الغالب مستضعفون بسبب تعقيبة سابقة .

وفي بعض الحوادث تميل العلة إلى نوع الرمد الدفثيري ، وهو أشد ما يكون خطراً على العين ، فعند ذلك لا تكون الملتحمة حمراء / كثيرة الأوعية الدموية [٤٧] وارمة ورماً ليناً كما تقدم ، بل تكون قليلة اللون مائة إلى البياض ملساء مرتشح في نسيجها مرتشح فيبريني والمادة ، التي تسيل من العين ، مائية عكرة . فالحوادث من هذا النوع أي المختلطة بين الرمد الصديدي والدفثيري هي التي تفسد العين في بعض الساعات[3] .

---

(١) نسبة إلى مرض التعقيبة وهو (السيلان) أو التهاب الإحليل بالمكورات المزدوجة النيسيرية = DIPLOCOCCUS NEISSERIAE GONORRHOEAE ، وهو من الأمراض الشائعة التي تنتج عن تلوث الإحليل بالمكورات .

(٢) لا تزال الأعراض التي ذكرها المؤلف هي نفس الأعراض التي نشاهدها في يومنا هذا ، علماً بأن حوادث التهاب الملتحمة السيلاني أقل شيوعاً مما كان في السابق نظراً للثقافة الصحية وقلة حوادث التهاب الإحليل السيلاني .

(٣) لا يزال المؤلف يكرر فكرة خاطئة ، وغير مقبولة علمياً ، وهي انتقال أحد أنواع الأمراض إلى مرض آخر .

أما سبب هذه العلة فالعدوى من مادة التعقيبة في أية درجة كانت من تعقيبة مجرى البول ، غير أنه في الأسبوع الثالث منها تكون المادة الجارية من المجرى أشد فعلاً مما هي في بقية سير العلة ، لأنها في ذلك الأسبوع أخثر وأغرز . ومادة التعقيبة المزمنة أيضاً تحدث رمداً تعقيبياً شديداً فينبغي تحذير العليل من هذا القبيل .

هذه العلة تصيب الذكور أكثر مما تصيب الإناث ، وتصيب العين اليمنى أكثر ما تصيب اليسرى لأن اليد اليمنى تستعمل غالباً لأجل الغسل وغيره فتنقل السم إلى العين اليمنى[1] .

علاج : هذا النوع من الرمد مثل علاج النوع الصديدي غير أنه إذا شوهد العليل مدة وجيزة بعد العدوى تغسل العين غسلاً جيداً بواسطة حقنها بالماء الفاتر ، ثم يقطر فيها محلول نيترات الفضة نحو قمحتين منه في وقية ماء طبية ، أو محلول بي كلوريد الزيبق أو مذوب كلوريد الصوديوم في ماء ، أو ماء الكلور ، ويعاد ثلاث أو أربع مرات ، في اليوم طمعاً بقطع المرض من أوله . وتوضع وضعيات باردة جليدية للعين المصابة أو محلول الحامض الكربوليك ، كما تقدم ، وتعصب السالمة توقية لها من العدوى ، ويقوى العليل بالأطعمة الجيدة
[٤٨] والمقويات / إذا كان مستضعفاً من تلقاء السيال التعقيبي ، وسائر العلاج كعلاج النوع الصديدي . وإذا ظهر شيء من طبيعة الرمد الدفثيري[2] يعالج بالوضعيات الجليدية في أول الأمر ، ثم الفاترة والعلق الخ ، كما سيأتي في الكلام عن الرمد الدفثيري .

---

(١) ربما كانت هذه الحقيقة واقعية في العهد الذي عاشه المؤلف ، أو في المناطق التي عاش فيها ، أما علمياً فلا فارق بين إصابة العين اليمنى أو اليسرى .

(٢) لا يمكن علمياً أن يظهر الرمد الدفثيري لأن العامل المرضي مختلف في المرضين .

هو تارة زكامي وتارة صديدي وأخرى دفثيري ، ولا داعي لذكره على حدته إلا لبعض الخصوصيات المتعلقة بعلاجه من قبل ما تستلزمه رقة الأطفال وضعفهم .

أما أعراضه : فتبتدي غالباً في عين واحدة ثلاثة ، أو أربع أيام ، بعد الولادة ، ثم تظهر في الأخرى . ومن أشدها ورم الجفون بسبب رخاوة أنسجة الأطفال فيرتشح فيها مرتشح بكل سهولة ، وقد يبلغ الورم درجة تمنع حركة الجفن تماماً وتخفي الفتحة بين الجفنين[2] وتتكون خراجة في نسيج الجفن الأعلى تفتح إلى الخارج وعند ذلك يخف الورم وتنفتح العين . غير أن ذلك نادر . وقد تحدث شترة خارجية وقتية من قبل زيادة ورم الملتحمة ، وكثيراً ما يؤدي الكيموس والتقرح إلى فساد القرنية وتلف العين . وفي النوع الصديدي أو الدفثيري يشتد الألم وينحمّ الطفل ويكثر المفرز من العين ويسيل على الخد ، ومن حرافته تحدث أكزيما الجلد ، وهو صديدي أصفر مخضرٌ فيه قطع مخاط منخثرة وبعض الأحيان مواد فيبرينية وهو ممزوج بالسيال الدمعي أبداً .

أسباب هذه العلة هي عرض الطفل على النور الشديد / سريعاً بعد الولادة ، [٤٩]
أو سرعة النقل من محل حام إلى محل بارد ، أو حبس الطفل في محل رديء الهواء[3] ، أو رطب ، وقلة الاعتناء بنظافته أو بنظافة مُداريه ، فيكثر بين الفقراء في المدن الكبار وفي بعض المستشفيات . وأما السبب الأكثر وقوعاً فهو العدوى من مفرزات المهبل إن كانت من النوع التعقيبي أو السيال الأبيض أي الحمق[4] .

---

(١) OPHTHALMIA NEONATORUM .

(٢) لا تزال هي نفس الأعراض التي نشاهدها في يومنا هذا ، مع نقص نسبة حدوث هذا المرض نتيجة التدابير الوقائية التي تتخذها الحامل أثناء الحمل والعلاجية والتي يتخذها الطبيب المولد عقب الولادة مباشرة .

(٣) لم يثبت علمياً أن ما ذكره المؤلف يؤدي إلى التهاب الملتحمة عند الولدان .

(٤) نوافق المؤلف في إعزائه المرض إلى عدوى أثناء الولادة ومرور الوليد من القناة التناسلية . والسيلان الأبيض : الحمق .

أما **سير** هذه العلة **والإنذار** فيهـا فعلى نسبة اشتـدادها ويصـح فيها من هـذا القبيل ما قيل في الزكامي والصديدي ، غير أنها على الغالب تدوم مدة تختلف بين خمسة أيام وأربعة عشر يوماً ، وتارة تبلغ أشدها في يومين ثم تأخذ بالتناقص ولكن العين لا تعود إلى صحتها التامة حتى بعـد عدة أسـابيع ، وتـارة تنتهي إلى تقرح القرنية وبياضها أو إلى فساد العين تماماً .

أما **علاج** هذا النوع من الرمد فمنه منعي ومنه شفائي .

أما **المنعي**(١) : فيتم بشدة الاعتناء بتنظيف عيني الطفل بعد الولادة وتنظيف الأوعيـة والإسفنج والمنـاشف التي تستعمـل لأجـل غسـل العينين وتنشيفهمـا أو بتنظيف أيدي المراضع والمُدارين والأم ولا سيما إذا كانت صاحبة سيال مهبلي من أي نوع كان ، ويجب توقية عيني الطفل من النور الشديد ومن الريح الشديـدة ، حارة كانت أو باردة ، أي يبقى في محل معتدل النور والحرارة . وإذا ظهرت هذه العلة في مستشفى للأطفال أو للنفساء يجب فصل المصـابين عن الأصحاء حـالاً وتفريقهم حتى لا يزدحموا في محل واحـد ، بل يـوضعون في محـال مهويـة ولا يسمح لمُداريهم أن يخالطوا الأصحـاء/ . [٥٠]

أما **العلاج الشفائي**(٢) فيتوقف على درجة العلة واشتدادها . فإن كانت خفيفة أي إن كان الورم قليلاً والمفرزات من العين قليلة يكفي إزالتهـا بالغسـل اللطيف بالماء الفاتر ، ويقطر في العين كل يوم بعض القطرات من محلول خلات التوتيا أو كبريتات التوتيا نحو قمحتين منه في وقية ماء مستقطر ، أو محلول الحامض التنيك نحو (٥) قمحات منه في وقية ماء مستقطر ، والغسل بمحلول الحامض الكربوليك كما تقدم ، ويجب تنظيف العين عدة مرات كل يوم ، أما تكرار القطرات فبالنسبة إلى كثرة المفرز من العين أو قلته ، وإن لم يمكن مشاهـدة العليل غيـر مرتين أو ثلاث مرات كل أسبوع ، كما يحدث في الذين يحضرون إلى المشاهدة الخارجية في المستشفيات . يوافق استعمـال هذا المحلول : كبـريتات التـوتياء قمحتين ،

---

(١) لعله يقصد الوقائي = PROPHYLACTIC .

(٢) THERAPEUTIC .

كبريتات الألومينا أربع قمحات ، ماء مستقطر وقية واحدة طبية . يرمي قليل منه بين الجفنين كل ثلاث أو كل أربع ساعات بواسطة محقنة صغيرة زجاجية ، وقبل استعماله يجب تنظيف العين جيداً كل مرة . ويوافق أن تدهن أطراف الجفون بقليل من الفاسلين أو من مرهم الكبّاد المخفف بزيت الزيتون لتوقيها والأقسام المجاورة من حرافة مفرزات العين الملتهبة .

وإذا اشتدت العلة وكانت مشاهدة العليل كل يوم ممكنة يستعمل محلول ثقيل من نيترات الفضة أو مس الملتحمة بالنيترات المخفف . وإذا اشتد ورم الجفون يوافق أن توضع عليها قطع نسل مغموسة في محلول ثقيل من نيترات الفضة أي خمس أو عشر قمحات منه لكل وقية ماء مستقطر ، ويكرر خمس أو ست / مرات [٥١] كل يوم ويجب ملاحظة القرنية لئلا تتكون عليها نفاطات قوباوية أو قروح فيخشى ثقبها وأدرة القزحية[1] كما تقدم في الكلام عن الرمد الصديدي .

وإذا كان الطفل ضعيف البنية أو أمه ، أو مرضعته ضعيفة ، ينبغي استعمال الوسائط المناسبة للتقوية .

---

(١) IRIDOCELE أدرة القزحية : الأدرة لغة هي القيلة أي = HYDROCELE .

عرضه الخاص : تكوين مادة التهابية صفراء متينة على سطح الملتحمة وفي نسيجها ، وتلك المادة تحول في سير العلة إلى مادة شبيهة بالصديد ، كما في الرمد الصديدي . فمن أول العلة ترم الجفون سريعاً ورماً زائداً وتتصلب وتحمى وتزرق وتتألم تحت الضغط حتى لا يحتمل العليل أن تُمَسَّ مساً ، ومن ورمها وصلابتها يعسر فتحها أو يستحيل قَلْبها . أما في الرمد الصديدي فمع زيادة الورم تكون الجفون رخوة النسيج غير متألمة تحت الضغط ولا ترتفع حرارتها كثيراً وقلبها ليس عسراً . أما شدة الألم في هذه العلة فمن قبل اختناق الأوعية الصغار والأعصاب بالمرتشح الدفثيري في جوهر النسيج ، وهو يشغل كل عمق الملتحمة فلا سبيل لخروج الكريات البيض وانفلاتها ، وإذا جرحت الملتحمة لا يسيل منها دم ، والمادة السائلة من العين قليلة المقدار سريعة الاختمار فتتولد فيها باكثيريا فتصير شديد الحرافة تؤذي حافة الجفون وتزيل الأبيثيليوم من الأقسام المجاورة
[٥٢] فتتحول كلها إلى مراكز عدوى دفثيرية . أما سطح الملتحمة الوارمة / فأملس ، غير أنه قد تظهر نوع من الحبيبات على باطن الغضروف الهلالي ولون الملتحمة مزرق مصفر لامع خلاف الاحمرار الرطب اللين الظاهر في الرمد الصديدي ، وبعد حين تتكون حبيبات كبار على ملتحمة الجفون أو يحدث أسفاقلس بعضها ، وغالباً يعقب ذلك سمبلفارون . واللون المشار إليه هو من قبل المادة المرتشحة في نسيج الملتحمة الضاغطة الأوعية حتى تتعوق فيها الدورة أو تنقطع تماماً ، والكيموس أصفر فاتح صلب فيبريني ضاغط أوعية القرنية ومن ذلك خطر شديد

(١) DIPHTHERIA CONJUNCTIVITIS : التهاب الملتحمة الخناقي وهو من الأمراض التي كانت شائعة في القرن الماضي نتيجة إصابة الملتحمة بـ CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE . غير أن حقن الأطفال باللقاح ضد الدفتيريا أو استعمال المضادات الحيوية = ANTIBIOTICS قد غيّرا سير المرض ، ولا أذكر أنني شاهدت حالة واحدة من خلال ممارستي لطب العيون منذ عام ١٩٦٥ م . (وفائي) .

على البصر ، وإذا فتحت العين تجري منها دموع سخنة ممزوجة بقطع فيبرين خلاف السيال الصديدي الخثر الحادث في الرمد الصديدي ، حتى إذا جرحت الملتحمة بجارحة لا يسيل منها دم كاف ، كما تقدم ، بل سيال مائع محمر اللون أو لا يسيل من الجروح شيء .

والمادة المرتشحة على سطح الملتحمة تارة رقيقة شفافة وأخرى مظلمة غليظة على هيئة قطع مختلفة المساحة تنسلخ عن الملتحمة أو تكوِّن قالباً على بطن الجفن كله ، وعند انسلاخها تدمى الملتحمة ولكنها ليست رخوة مخملية ، كما في الرمد الصديدي ، بل تحت الغشاء الأول غشاء آخر مثله أو بالأحرى تحت الغشاء الأول مادة مثل مادة الأول مرتشحة في نسيج الملتحمة ، وتارة يمد الغشاء المشار إليه على حافة الغضروف الهلالي إلى الجلد .

هذه العلة قد تكون ذاتية أولية ، وقد تحدث في سير الرمد الصديدي أو الزكامي الشديد . فإذا كانت أولية تبلغ أشدها في يومين ، أو ثلاثة أيام ، ثم تبقى على ذلك بعض الأيام ثم تتحول إلى الدرجة الثانية أي الصديدية فيخف ورم الجفون / وصلابتها ويصير قلبها ممكناً بدون ألم زائد ، ويحمر سطح الملتحمة [٥٣]
ويرتخي وتلين القطع الفيبرينية وتنفصل فيدمى موضعها وتتحول السيال بالتدريج إلى ما يشبه صديداً . وقلّما تمتاز حينئذ عن الرمد الصديدي إلا بتكوين ندوب وبتقلص الملتحمة . وبعد زوال حدة الأعراض قد تنتكس فتعود ، ولا سيما إذا تبادر باستعمال القوابض أو إفراط في استعمالها .

أسباب هذه العلة هي مثل أسباب الرمد الزكامي والصديدي وكثيراً ما يحدث عقيب استعمال نيترات الفضة مدة إن كان على هيئة المحلول أو الحجر المخفف وقد يكون وبائياً فيمد بالعدوى . والمادة المعدية تحدث رمداً دفثيرياً في البعض وصديدياً في البعض وغشائياً في البعض .

ومن **عواقبه** تقرح القرنية وسائر الأضرار الناجمة عنه ، كما تقدم في الكلام عن الرمد الصديدي وأسفاقلس الملتحمة ، وتكوين نسيج ندبي يؤدي إلى إظلام القرنية أو كراتيتس مزمن(١) وسبل القرنية(٢) وسمبلفارون وقد تنتهي إلى جفاف

---

(١) CHRONIC KERATITIS .

(٢) PANNUS .

القرنية[1] وانخسافها[2] .

أما **الإنذار** فيبنى على شدة الأعراض الالتهابية وكثرة المرتشح الفيبريني وصلابة الجفون ودرجة الكيموس . فإذا ظهر كدر القرنية بين ٢٤ و ٣٦ ساعة من أول المرض ينذر بتلف العين ، وإن لم تتأثر القرنية حتى الدرجة الثانية أي الدرجة الصديدية يطمع في سلامة العين . بيد أن العلة كثيرة الانتكاس فيشتد الخطر من هذا القبيل .

[٥٤] أما **علاج** هذا النوع من الرمد فيوجه إلى ثلاثة أغراض[3] : /

الأول : حصر مساحة المرتشح الدفثيري .

الثاني : إزالة ذلك المرتشح .

الثالث : توقية القرنية وتخفيف الأضرار التي لا سبيل لمنعها .

فينبغي في أول الأمر إزالة كل الأسباب المهيجة وفصل المرضى الأصحاء ، ووضع المصابين في ظروف مناسبة من سكون وهواء ونور وأطعمة ، ثم تقاوم الأعراض الالتهابية والورم والحرارة بواسطة وضعيات باردة ، أي تغمس خرق في ماء بارد وتوضع على العين وتبدل كلما سخنت ويبرد الماء بالثلج إن كان ممكناً ، وترسل علق على القسم الصدغي . أما استخراج دم بتجريح الملتحمة أو نزفها فمَدَحه بعضهم وذَمَّه بعضهم خوف المرتشح الدفثيري في الجروح ، فيجب اجتناب كي الملتحمة وجرحها ، ويجب أيضاً الحذر من الوضعيات الباردة المشار إليها فتبدل بالفاترة ، أما محلول الحامض الكربوليك أو محلول الحامض السيليسيك[4] نصف جزء منه في ١٠٠ جزء نقيع عطري بارداً إن لم تكن العلة شديدة ، وفاتراً من الأول إن كانت شديدة ، فإن ابتدأ السيال أن يجري من العين

---

(١) CORNEAL DRYNESS .

(٢) KERATINIZATION .

(٣) في الأصل : أعراض .

(٤) حامض السيليسيك : ويسمى حمض الصفصاف = SALICYLIC ACID ورمزه الكيميائي $HO.C_6H_4.COOH$ ويستعمل كمطهر وحال للتقرن (الثآليل) .

وتحول إلى نوع صديدي تُبدل الوضعيات المذكورة الفاترة بالباردة وهذا التغير يجب أن يكون بالنسبة إلى رجوع الاحمرار وظهور الأوعية الدموية . وإذا كان العليل مفسود المزاج سيء البنية يحاذر استخراج الدم الوافر ثم متى انكسرت حدة العلة ودخلت الدرجة الثانية أي الصديدية تبدل الوضعيات الباردة بالحارة ، كما تقدم ، وإذا ظهر فعل العلة بالقرنية يقطر في العين محلول الإيسيرين . وفي الدرجة الثانية يوافق تجريح الملتحمة لأجل تخفيف الاحتقان والكيموس ، / وقال [٥٥] بعضهم بالمستحضرات الزيبقية إلى درجة إدرار اللعاب في الدرجة الحادة أي نصف قمحة كلومل مع قمحة أفيون أو أقل كل ساعتين ، أو كل ثلاث ساعات ، حسب عمر العليل ، غير أن هذا العلاج لا يسوغ في السيء المزاج أو البنية ، كما تقدم .

ثم عند دخول الدرجة الثانية تمس الملتحمة بنترات الفضة المخفف ، ويكرر حسب مقتضى الحال ، إلا إذا عادت أعراض الاحتقان فعند ذلك نترك الكاويات حتى يعود المفرز الصديدي . وإذا انفصلت قطع من الغشاء عن الملتحمة يجب إزالتها من العين بكل حرص لأنها تلتف بعضها على بعض فتصير مثل مواد غريبة مهيجة في جيب الملتحمة .

أما **علاج** قروح القرنية وثقبها ، كما تقدم الكلام به في الفصول السابقة ، في أصحاب مزاج مفسود وفي الضعفاء القضفاء تعالج هذه العلة بمستحضرات الحديد والمنبهات والمقويات فضلاً عن العلاج الموضعي المشار إليه آنفاً .

هـذه العلة ينبغي أن يتميز بينهـا وبين ورم حليمات الملتحمـة الحادث في الرمد الزكامي والصديدي على هيئة صفوف حمراء مزرقّة قليلاً جـوانبها مفلطحـة بسبب ضغط الحليمات بعضها بعضاً ، وهي أوضح بقرب المآقين وفي ثنية جيب الملتحمـة . فهـذه النتـوءات إنمـا هي حليمـات متضخمـة وليست هي حبيبـات التراخوما التي هي ناميـات جديـدة غروـيـة خبيثة مثـل بزر السمـك ، وقد سمى بعضهم النوع الأول تراخوما حليمية(2) تمييزاً بينـه وبين / التراخـوما الحقيقيـة ، [٥٦]
وقـال بعض علماء البـاثولـوجية(3) : إن في الملتحمـة الصحيحة كـريات شبيهـة بكريات ليمفاوية(4) متفرقة في نسيجها الموصل . والتراخوما إنما هي مادة غروية تتكون حول الكريات المشار إليها ثم تحول حؤولاً دهنياً وجبنيـاً . وأخيـراً تتكون موضعها ندوب تحدث تقلص النسيج الموصـل ، وذلك يؤدي إلى شتـرة داخلية وتريخياسس(5) وسبل القرنية(6) وعواقب أخر رديئة . وحبيبات التراخوما كثيـراً ما تبتدي في ملتحمة الجفن السفلي وقد تنحصر فيه ، ولكنها غالباً تمد إلى العلوي أيضـاً ، وتارة تـظهر على ملتحمـة المقلة أيضاً ، غيـر أن ذلك نـادر . فعند قلب الجفن السفلي، أو العلوي ، ترى جسيمات صغار نصف شفافة مثل حبيبات السـاكو(7)

---

(1) TRACHOMA وهـو مـن الأمـراض الشـائعـة في البلدان المـتـطورة وتـسببـهـا CHALAMEDIA TRACHOMATIS . أما قول المؤلف الرمد الحبيبي أو البرغلي فهو تعبير وصفي لإحدى مراحل مرض التراخوما الأربعة .

(2) PAPILLARY ولعله يقصد هنـا وصف التهاب الملتحمـة الأرجـي = VERNAL CATARRH ويفرقها عن مرض التراخوما .

(3) PATHOLOGY .

(4) LYMPHATIC CELLS .

(5) وهو ما يسمى الشعرة = TRICHIASIS .

(6) PANNUS .

(7) الساكو هو : مادة نشوية تستعمل في صناعة الحلويات .

المطبوخ أو بذر السمك متفرقة على الملتحمة ، وإذا ثقبت لا تتفرغ ولكنها قد تنفصل برمتها بواسطة إبرة دقيقة، وعلى الغالب يرافقها ورم الملتحمة وهيبيريميا لا سيما في جيب الملتحمة، وقد تتغلظ أوعيتها الدموية وترسل فروعاً إلى الحبيبات الموضوعة على هيئة صفوف صفوف ، وتارة لا ترى إلا بواسطة عدسية مكبرة ، وإذا كانت الهيبيريميا جزئية ربما تمكث العلة زماناً بدون ظهور أعراض مزعجة غير الأَكَلان القليل وتجمع الرمص على الأهداب صباحاً أو قليل من الاحمرار عند القراءة والكتابة لا سيما على النور الاصطناعي ، وهذه الحالة حسبها بعضهم الدرجة الأولى من الرمد الحبيبي ، وقال بعضهم : إنما هي تُعِدُّ العين لحدوث الرمد الحبيبي ولكن ليست هي إياه[1] . فإذا ظهرت حالة مثل هذه
بين المزدحمين في محل واحد كما في القشل / أو المدارس ينبغي فصل [٥٧]
المصابين عن الأصحاء والاعتناء التام بالوسائط الهيجينية[2] كلها دفعاً لحدوث الرمد الحبيبي وبائياً ، إذا حدثت أسباب مهيجة مثل العرض على نور أو الزحف في حرارة الشمس أو في الريح الشديدة . وحكى بعضهم بحدوث هذا النوع من الرمد بين الحيوان إذا انحشر عدد وافر منه في محل ضيق قذر قليل التهوية . وكثيراً ما تُرى هذه العلة لكثيرين من الفقراء المجتمعين في مساكن رديئة تحت ظروف هيجينية غير صحية .

وقد انقسمت هذه العلة إلى ثلاثة أشكال باعتبار أعراضها وهيئة الحبيبات وهي :

١ ـ الحبيبي البسيط .
٢ ـ الممزوج .
٣ ـ المتسع .

وهي في ابتدائها من النوع الأول على الغالب أي حبيبات بسيطة لم تحدث

---

(١) يلاحظ عدم تمكن المؤلف من تحديد سبب أكيد للتراخوما ، ومحاولته تصنيف المرض درجات لسهولة البحث ، ولا بد وأنه فكّر بالتشخيص التفريقي عن التهاب الملتحمة الأرجي ولم يستطع تحديد السبب لعدم وجود وسائل تشخيصية .

(٢) HYGIENICQUE = HYGIENIC : تسمى اليوم (تصححي) أي (حفظ الصحة) .

رمداً صديدياً ينتهي إلى تضخم حليمات الملتحمة فتصير من النوع الثاني أي الممزوج ثم يضاف إلى ما ذكر تضخم الأجربة المخاطية مع ارتشاح ليمفا[1] فيها وفي أكثر نسيج الملتحمة فيتكون النوع الثالث أي المتسع ويكفي انقسامها إلى نوعين باعتبار أعراضها ، أي تراخوما حادة وتراخوما مزمنة[2] .

تراخوما حادة :

أعراضها : احمرار الجفون وورمها مع شيء من الإيذيما واحمرار الملتحمة والنسيج تحت الملتحمة ، وتارة كيموس وبتوسس[3] وخوف النور وتدمع فلا يستطيع العليل أن يفتح عينيه ، وإذا حاول ذلك تسيل منهما دموع سخنة . وكثيراً
[٥٨] ما يشتكي ألماً حول العين وفي الصدغين وضربانهما وقد يمد إلى نصف / الرأس ، وعند قلب الجفنين ترىٰ الملتحمة وارمة محتقنة دماً والحليمات نافرة حمراء ملآنة سيالاً . وعند تدقيق الفحص بواسطة عدسة مكبّرة أو بدونها ترى بين الحليمات أجسام صغار بيض مثل حبيبات الساكو المطبوخ منتشرة في الملتحمة حتى إلى جيبها وتارة تكاد تختفي تحت الحليمات الوارمة . وقد ترى على ملتحمة المقلة أيضاً ، وعلى القرنية ، حيث تحدث سبلاً سطحياً ، وعند النظر إلى القرنية بالنور المتوارب بواسطة عدسة مكبّرة ترى نقط بيض مرتفعة يكسوها الأبيثيليوم وتجري إليها أوعية دموية من الملتحمة حتى تكسب القرنية حمرة جزئية وتارة تظهر على حافتها قروح صغار[4] . وهذه الدرجة تبقى عدة أيام ثم تأخذ الأعراض بالتناقص فقل خوف النور والتدمع والألم والحليمات ترم أكثر فتختفي الحبيبات وتصير المادة السائلة من العين مخاطية صديدية ، وهذه الدرجة تدوم عدة أسابيع ، وعندما يخف ورم الحليمات يرى أن الجسيمات ، المشار إليها ، قد امتصت وزالت غير أنه ، بعض الأحيان ، تعود وتتضح أكثر من الأول ، فعند حدوث أقل

(١) LYMPHATIC INFILTRATE .

(٢) لا يزال هذا التصنيف مقبولاً علمياً في وقتنا الحاضر وتسمى في وقتنا : INACTIVE STAGE 4 = TRACHOMA .

(٣) يسمى اليوم (الإطراق = PTOSIS) .

(٤) لا تزال هذه العلامة السريرية مقبولة علمياً وتسمى تلك القروح = HERBERT'S PITS .

سبب مهيج ينتكس العليل وتعود العلة كما كانت أو أشد ، غير أن الانتكاس في النوع المزمن أكثر وقوعاً مما هو في الحاد .

إذا أصابت المادة السائلة من العين المصابة عيناً صحيحةً فتحدث رمداً صديدياً أو زكامياً أو دفثيرياً أو حبيباً حسب استعداد المصاب[1] . ومن أكبر أسباب هذا النوع : العدوى والظروف الهيجينية الفاسدة واستعمال الأتروپين مدة طويلة[2] . والعدوى تستلزم اللمس وقول بعضهم إن / الهواء يحمل العدوى [٥٩]
أحياناً لم يبرهن .

أما سير هذه العلة فإذا تركت لنفسها قد تشفى بعد مدة بامتصاص الحبيبات ولا سيما في الأولاد غير أنها تمكث أشهراً ، وهذه النهاية تستلزم أن تكون ظروف العليل الهيجينية على غاية المناسبة . أما الحوادث الشديدة ، والتي تصيب البالغين ، فعلى الغالب تشتد أكثر فأكثر وتنتهي إلى تضخم أنسجة الجفون ثم تقلصها وإظلام القرنية . وكثيراً ما تزول حليمات الملتحمة ويبقى موضعها نسيج دهني أو نسيج ندبي تُرى على هيئة قطع بيض مختلفة المساحة عند قلب الجفن[3] ، وبعض الأوقات يحدث سمبليفارون غير أن ذلك نادراً إلا بعد استعمال الكاويات الشديدة مثل نيترات الفضة الثقيل وتتقلص أيضاً الثنية الهلالية واللحيمة الدمعية حتى تكاد لا تعرف بقاياهما . أما القرنية فتارة مكدَّرة وأخرى مظلمة بالسبل وأخرى جافة ، وكثيراً ما تنتهي العلة إلى شترة داخلية أو خارجية أو بتوسس الجفن العلوي وشترة السفلي شترة خارجية ومن سيلان الدموع على الخد تحدث أريثما[4] الوجه والجفون ثم تقلصهما فتزيد العواقب شدة .

---

(١) يعترف المؤلف هنا بأن أسباب التراخوما هو انتقال العامل الإمراضي مباشرة من عين مريضة إلى عين صحيحة .

(٢) نقول : ليس لاستعمال الأتروبين أية علاقة بحدوث المرض إلا إذا كانت القطرة ملوثة بالكلاميديا .

(٣) لا تزال هذه العلامات السريرية مقبولة اليوم .. ويصف المؤلف هنا تندب الملتحمة النمائي = CICATRECIAL CONJUNCTIVAL SCARRING .

(٤) ERYTHEMA = حمامى .

بناء على ما تقدم ينذر في التراخوما الحادة الصحة إذا عولجت علاجاً موافقاً وإلا فينذر بالعواقب الرديئة الكثيرة الضرر على البصر(1) .

أما **علاج التراخوما الحادة** : ففيه تعتبر درجة العلة واشتدادها . والغرض فيه امتصاص الحبيبات ، وهو يتم إذا بقي التهاب الملتحمة جزئياً ولا يتم إذا اشتد ولا
إذا / زال تمـاماً . فيقتضي في أول الأمـر تنقيص الهيجان الهـدبي وخوف النـور [٦٠]
والتدمع وسائر أعراض الالتهاب وذلك بواسطة قطر محلول الأيسريـن أو المورفين في العين والضمادات الفاترة المسكنة ، وإذا كان الألم حول العين شديداً يـرش بعض العلق على الصدغ وتجرح الملتحمة تجريحاً خفيفاً حذراً(2) من الندوب بعد حين وتعصب العين دفعاً للتهيج الحاصل من حركة الجفن على المقلة . وبعض الأحيـان توافق الـوضعيات البـاردة حاسيـة العليـل أكثـر من الحـارة وذلـك يعلم بالامتحان .

ثم متى تناقصت الأعراض ، المشار إليها ، ودخلت الدرجة الصديدية تعالج علاج الرمد الصديدي ، غير أنه لا يجوز تكرار الوضعيات الكاوية مراراً(3) كثيـرة كما في الرمد الصديـدي . ولا يجوز استعمـال الكاويـات حتى بعد تنـاقص كل الأعراض الالتهابية فيوافق امتحـان الأمر بـالقوابض الخفيفـة مثل محلول خـلات التوتياء أو كبريتات التوتيا أو خلات الرصاص ، غير أنه تتحاشى أملاح الرصـاص إذا كانت القرنية مصابة .

أمـا الكي بنيترات الفضـة المخفف فلا يعـاد أكثر من مـرة كل ٤٨ سـاعة ، وتغسل العين حالاً بعده بالماء الفاتر ومحلول كلوريد الصـوديوم . وعلى الغـالب يكون مس الملتحمة بكبريتات النحاس أسلم من استعمال نيترات الفضة وتغسـل العين بعد الكي به بالماء الفاتر . ثم في أواخر العلة تستعمل قطرة الحامض التنيك

---

(١) يبدو أن المؤلف على اطلاع وعلم بما قد تسببه التراخـوما من فقـد للرؤية في الحـالات المتقدمة .

(٢) لا زالت هذه المعالجة الجراحية مقبولة حتى الوقت الحاضر وتسمى SCRAPPING .

(٣) في الأصل : ضرراً .

نحو (٥) قمحات منه في وقية ماء مستقطر أو محلول بورات الصودا أي (٥) أو (١٠) قمحات منه في وقية كليسيرين ، وتعاد الكاويات بما يكفي لتهييج درجة من الالتهاب موافقة / لامتصاص الحبيبات المشار إليها . [٦١]

ومدح بعضهم لهذه الغاية سيال تحت خلات الرصاص جزء منه لجزء من الماء يومياً إلا إذا كانت القرنية مقرّحة ، كما تقدم .

التراخوما المزمنة :

في هذا النوع تكون الأعراض خفيفة في ابتداء الأمر فلا يشكو العليل غير تغرية الجفنين والأهداب بالرمص صباحاً ، أو ارتخاء الجفن العلوي وخوف النور الشديد حتى لا يستطيع فتح العينين في نور الشمس ، وعند قلب الجفن تكشف العلة فترى الحبيبات مثل حبوب الساكو أو التابيوكا[1] أو بزر السمك ، وقد تنحصر في ثنية الملتحمة أو تختفي في جيبها وهي على هيئات مختلفة بين حبيبات صغار جداً ، وأورام متدلاة على هيئة زهر القنبيط[2] ، ومنها نوع فيه لا تكاد ترتفع الحبيبات عن مساواة سطح الملتحمة ولا يظهر للنظر شيء غير نقط صفر متفرقة أو متجمعة كأنها مجتمعات صديد صغار وإذا ثقب لا يخرج منها سيال ، ويشكو العليل حساسة رمل تحت الجفون وفي كل أشكالها ربما تتهيج العين حتى تشبه العلة الرمد الزكامي في أجلّ أعراضه ، وقد يصير صديدياً . وعلى هذا النسق تسير العلة أشهراً وسنين بين خفة واشتداد ، غير أن اضطراب البصر يزيد تدريجياً من فعل الحبيبات بالقرنية لأنه بخشونتها ومداومة عركها القرنية تهيج التهابها فيؤدي ذلك إلى سبل وتريخياسس وشترة وكل عواقبها الردية . وإن لم يتوقف نمو الحبيبات تتعمق في نسيج الملتحمة وتتحول بالتدريج إلى نسيج ندبي فترى قطع من الملتحمة بيضاء لامعة[3] . / وتلك القطع على الغالب على موازاة الغضروف [٦٢]

---

(١) التابيوكا = TAPIOCA مادة نشوية تستعمل في صنع الحلوى (انظر الساكو ص ١٠٨) .

(٢) هذه الناميات هي غالباً نتيجة للإصابة بالتهاب الملتحمة التحسسي = ALLERGIC CONJUNCTIVITIS أو التهاب مزمن أدى إلى حدوث COBBLE STONES .

(٣) نتيجة الإصابة بنسيج ندبي ليفي .

الهلالي على نحو خط من حافته . وتارة تؤدي العلة إلى ضمور[1] الملتحمة والغضروف الهلالي معاً فيصير لونها شمعياً مصفرّاً وتزول الحليمات والأجربة وغدد ميبوميوس . وكثرة استعمال الكاويات تؤدي إلى هذه العواقب نفسها ، وقد يفسد جيب الملتحمة فيحدث سمبلفارون خلفي يمنع طبق الجفنين بعض المنع فتصير العين ما سُمي عين الأرنب[2] كما يحدث بعد العمل لأجل الشعرة أحياناً .

التراخوما المزمنة تصيب البالغين غالباً وقلّما تصيب الأطفال والأشياخ ، وعلى الغالب تصيب العينين معاً ، غير أنها قد تبتدي في واحدة وتنحصر فيها مدة ثم تمد إلى الأخرى . وتصيب الضعفاء القضفاء السيِّىء المزاج وأصحاب المزاج الخنازيري أكثر مما تصيب الأقوياء الصحاح البنية . وهي تفعل أيضاً في صحة العليل العامة وتضعفه وتخفض قواه . ومن أكبر أسبابها العدوى والظروف الهيجينية الفاسدة . والمادة المخاطية الصديدية السائلة من العين هي شديدة العدوى ، وتارة تحدث الرمد الصديدي وأخرى الزكامي وأخرى الدفثيري وأخرى الحبيبي حسب استعداد المصاب .

علاج : هذه العلة يستلزم أولاً قطع كل الأسباب المهيِّجة فيقتضي أن تجعل ظروف العليل الصحيحة على غاية ما يمكن من المناسبة فلا ينحصر في البيت بل يصرف جانباً من الوقت في الهواء النقي الخارجي ، ويوقي عينيه من النور ومن الغبار ومن الريح بواسطة العوينات المناسبة ، ولا يدخلا محل فيه دخان التبغ أو دخان آخر ولا إلى محالٍ كثيرة الغازات الحريفة ويمارس الوسائط اللازمة لتقوية صحته العامة من مقويات وأطعمة / وأشربة وراحة الجسد والفكر . وإذا كان من [٦٣]
أصحاب مزاج خنازيري يوافقه زيت السمك والمستحضرات الحديدية والكينا وبعض الأشربة الكحولية والاستحمام البحري . وإذا ظهرت بين المزدحمين ينبغي تفريقهم وفصل المصابين عن الأصحاء .

أما **العلاج الموضعي** فيُوجه إلى تهييج درجة من الالتهاب كافية لامتصاص الحبيبات لأنه إن زاد الالتهاب زادت العلة وإن زال لا تمتص المواد المرضية

---

(١) في الأصل : (ضمار) .
(٢) LAGOPHTHALMOS .

الكائنة . وغرض الكي ليس هو إزالة الحبيبات بالكي لأن ذلك يضر الملتحمة ويفسد أنسجتها المفرِزة ويحدث نسيجاً ندبياً بل إنما غرضه تهييج درجة من الالتهاب كما تقدم . فإن كانت الملتحمة والحليمات وارمة والمفرز منها خثراً غزيراً تمس بنيترات الفضة المخفف وتغسل بمحلول كلوريد الصوديوم . ويكرر كل يومين أو كل ثلاثة أيام حسب مقتضى الحال ، ويستعمل العليل مرهماً مركباً من قمحتين ، أو أربع قمحات ، نيترات الفضة في ثمانية دراهم مرهم بسيط ، أو تمس الحبيبات بقلم كبريتات النحاس عوضاً عن نيترات الفضة ، ويكرر حسب مقتضى الحال أو يستعمل مرهماً منه على نسبة المرهم المشار إليه ، وهذه الوسائط تُؤْثَرُ على القطرات الكاوية لأن القطرات لا تضبط مساحة فعلها ولا درجته . وبعد تخفيف الحبيبات بالوسائط المشار إليها تفيد قطرة محلول الحامض التنيك خمس قمحات منه في وقية ماء مستقطر أو قطرة كليسيرين وبورات الصودا خمس ، أو عشر ، قمحات منه في وقية كليسيرين ، وإذا كان الجفن وارماً يعين على حلّه وضعيات من الماء / الفاتر وفي الحبيبات المزمنة يوافق أن توضع على الجفن قطع [٦٤] نسل مغموسة في محلول نيترات الفضة الثقيل أي أربع ، أو ثماني ، قمحات منه في وقية ماء . وفي بعض الحوادث يوافق أن ترش مسحوق خلات الرصاص على الحبيبات وتدلك بأنملة الأصبع أو طرف مجس حتى ينفذ بين الحبيبات ، وهو يوافق بنوع أخص إذا كانت الحبيبات كبيرة رخوة وبعد العمل لا تكون العلة معدية بعد فيجوز للعليل أن يخالط الأصحاء إذا لزم . ومن بعد وضع الخلات كما تقدم ، تجرى على الملتحمة مجرى صغير ماء من إسفنجة أو خرقة أو حقنة صغيرة لأجل إزالة زيادة الخلات وبعد هذا العمل يشكو العليل حرارة وألماً وتدمعاً فتزال هذه الأعراض سريعاً بالوضعيات الباردة ، وبعد نحو نصف ساعة ينبغي قلب الجفون وغسلها أيضاً كما تقدم ، وربما اقتضى إعادة العمل بسبب تجديد نمو الحبيبات .

إذا كانت الحبيبات كبيرة واسعة ذات عنوق(١) مثل زهر القنبيط يجب قطع رؤوسها بمقص ولا يعمق القص لئلا تؤذي الملتحمة ، وبعد القص يقطع الدم

---

(١) الأصح : أعناق وهي جمع (عنق) ويصف هنا الـ COBBLE STONES .

بالوضعيات الباردة وبعد يوم أو يومين يكمل العلاج بالكاويات والقوابض كما تقدم .

إذا ظهرت قروح القرنية وكان مجلس القرحة بقرب وسط القرنية ينبغي توسيع الحدقة بالأتروپين ، وإذا كان مركزها بقرب حافة القرنية يحتسب كل ما يوسع الحدقة وذلك لأسباب ظاهرة ، بل يجب معاملة الأيسيرين ، ومدح بعضهم وضع كبريتات الكينا(١) على الملتحمة ولا سيما إذا رافقت الجوخة علة التراخوما أي
[٦٥] يوضع في العين من الكبريتات ما يؤخذ على / رأس سكين صغير أو يقطر في العين محلوله . ومدح بعضهم ذلك في الرمد الصديدي أيضاً بناء على فعل الكينا في منع تيهان الكريات البيض وحركاتها ومنع توسيع الشعريات .

أما السبل أو الجوخة الحادثة من قبل الرمد الحبيبي والتهاب القرنية الناجم عنه فإن لم يزُل عند شفاء العلة المحدثة يعالج بمرهم أكسيد الزيبق الراسب قمحتين منه في درهم من المرهم البسيط أو الكليسيرين أو الفاسلين . وتفيد في السبل أحياناً قطرة مركبة من زيت التربنتينا(٢) جزء منه في جزئين ، أو أربعة أجزاء ، من الزيت الحلو فتقطر منه نقطة في العين مرة كل يوم . ومدح بعضهم قطر نقطة من ماء الكلور في العين كل يوم ، أو يقلب الجفن وتمس الملتحمة به .

إذا كان السبل غليظاً بحيث لا يطمع بإزالته بالوسائط المشار إليها قد ينجح تلقيح العين بصديد حتى يتهيج رمد صديدي فيترك حتى يسير سيره ، فكثيراً ما تمتص المواد المظلمة في سير الالتهاب وتعود شفافة القرنية ويؤخذ الصديد إن أمكن من عين طفل مصاب بالرمد الصديدي بعد زوال حدة المرض وأخذ الأعراض بالتناقص ، وقد وجد بالامتحان أن الصديد الأصفر أشد فعلاً من

---

(١) الكينا : وهي مستخرجة من قشور أشجار تنمو في جبال (الأنديز) في أمريكا كما تنمو في الهند وسيلان وجزر الهند الشرقية وتسمى بالإنكليزية = QUININE DIHYDROCHLOR ورمزها الكيميائي $C_{20}H_{24}N_2O_2$, 2HCL .

(٢) زيت التربنتين : عطر يستخرج من تقطير عصارة الصنوبر ويسمى = TURPENTINE OIL .

الأبيض . أما الرمد التعقيبي فيخشى من شدة فعله . وكيفية التلقيح هي أن تؤخذ قطرة من صديد العين المصابة وتوضع بواسطة الأصبع أو بقلم تحت جفن العين المقصود تلقيحها فتظهر أعراض الالتهاب بعد نحو ٢٤ ساعة ويسير سيره في نحو أربعة أسابيع وعند ذلك تُرىٰ القرنية زادت شفافة وامتصت الحبيبات ولا تزال / [٦٦]
تتقدم مدة أسابيع أو أشهر ، ولا يعالج هذا الالتهاب بل يترك لِسَيْرِهِ ، غير أنه يجوز للعليل أن يمسح العين بإسفنجة أو قطعة كتان مبلولة بماء ولا يجوز تلقيح العينين معاً بل تعصب إحداهما عصابة مانعة العدوى وتلقيح الأخرى ، وقال بعضهم : إن عملية تحليق القرنية تزيد التلقيح نجاحاً(١) .

أما التحليق فهو قطع أوعية القرنية بواسطة رفع قطعة من الملتحمة والنسيج تحت الملتحمة حول القرنية ، وبما أن هذه العملية مؤلمة فَيُكَلْفَرُ(٢) العليل أولاً ثم تفتح العين بمفرِّق الجفون(٣) وتلقط الملتحمة والنسيج تحتها بقرب حافة القرنية بجفت مسنن(٤) لأجل تمكين المقلة ثم تقطع الملتحمة بمقص مثخن حول القرنية على نحو ثمن القيراط منها ، ثم تفصل تلك المنطقة إلى حافة القرنية وتقطع فتزال قطعة عريضة من الملتحمة على هيئة منطقة حول القرنية ، ثم تفصل قطعة من النسيج تحت الملتحمة حتى تكشف الصلبة ثم توضع على العين ضمادات باردة حتى تزول حدة الالتهاب الحادث أي نحو ٤٨ ساعة . وبعد هذا العمل على الغالب تصطلح العين من جهة الجوخة ولكنها قد تنتكس فلا يفيد العمل شيئاً .

قال بعضهم : إن تحليق العين أولاً يجعل التلقيح أسلم عاقبة ، أي يخفف

---

(١) نقول : إن هذا الأسلوب العلاجي خطر جداً . . ولا نرى أية حكمة من نقل المريض من التهاب الملتحمة بالتراخوما إلى التهاب ملتحمة حاد صديدي . . . كما إننا لا نرى أية فائدة علمية لاستعادة شفاف القرنية بهذا الأسلوب ، بل بالعكس قد يؤدي ذلك إلى قرحة قرنية وما لها من عقابيل . . ويصح هنا القول المؤثور : (كالمستجير من الرمضاء بالنار . .) .

(٢) أي : يخدر بالكلوروفورم .

(٣) LID SPECULUM .

(٤) CIRRATED FORCEPCE .

الالتهاب التابع فيُؤثَر ذلك إن لم تكن الجوخة غليظة أو بقي شيء من القرنية شفافاً يخشى عليه من شدة الالتهاب بعد التلقيح .

[٦٧] بعد شفاء الحبيبات قد ترتخي أنسجة الجفن العلوي حتى / يصيب العليل إطراق أي بتوسس ، فإن كان من مجرد شلل الرافعة الجفن تفيد الكهربائية ، وإن كان من ارتخاء النسيج أو تغليظه ، من قبل الالتهاب السابق ، تقصر بعملية مثل عملية الشترة الداخلية التي يأتي ذكرها في محله إن شاء الله .

وفي بعض الحوادث يضغط الغضروف الهلالي على المقلة إما من قبل تشنج المحيطة الجفنية بسبب الالتهاب أو من قبل تقصير فتحة العين بتقلص الأنسجة فلا يفيد العلاج شيئاً حتى يرفع الضغط بشق المآق الوحشي . أما العلاج العام فحسبما تستدعيه مزاج العليل وظروفه من جهة علل سابقة أو مرافقة وما يشبه ذلك .

هـذه العلة صفتها الخاصة هي عقد مستديرة ملتهبة قدرها بين قدر بزر الخشخاش وبزر الكتان ، مجلسها ملتحمة المقلة غالباً ويرافقها احمرار القسم الهدبي واحتقان الملتحمة . ومن أول أعراضها حرارة العين وأكَلان في الجفون وتدمُّع واحمرار ، وتارة تبلغ هذه الأعراض درجة زائدة . وتتكون على رأس كل عقدة ، من المشار إليها ، حويصلة فيها مصل يرفع الإپثيليوم ثم يتحول إلى صديد فتنفجر البشرة عن قريب فتبقى قرحة تكتسي مادة دهنية أو رمادية اللون فتبرأ . وإن لم تبرأ تتعمق وتتوسع وهذه العقد والحويصلات قد تكون مفردة وقد تتعدد ، فترى على درجاتها المختلفة في وقت واحد / وإن لم يكن الاحمرار شاغلاً كل [٦٨] الملتحمة ترى في قسم منها حزمة أوعية دموية مخروطية الشكل قاعدتها نحو جيب الملتحمة ورأسها نحو حافة القرنية ، وعلى رأس المخروط تتكون الحويصلة القوباوية المشار إليها ، ومجلسها الغالب حافة القرنية الوحشية على المقابلة في العينين ، وإذا تعمقت القرحة قليلاً ترم الملتحمة ويمد الالتهاب إلى جيبها فتصير العلة مختلط الرمد الزكامي والقوباوي ، وإذا تعددت الحويصلات تشتد الأعراض المذكورة لا سيما النڤرالجيا وخوف النور والنسيج تحت الملتحمة على لون أحمر مكمد مزرقّ . وفي أصحاب المزاج الخنازيري هذه العلة مستعصية كثيرة الانتكاس تدوم أشهراً ، وإذا كثرت الحويصلات سميت سبَلاً قوباوياً أو جوخة قوباوية .

أسباب هذه العلة هي كل ما يحدث قوباء القرنية . وكثيراً ما تبتدي على هيئة رمد زكامي أو تراخوما وتستحيل إلى الرمد القوباوي في أصحاب مزاج فاسد وبين الساكنين في محال رديئة الهواء لا سيما إذا تعالج علاجاً مهيجاً وعرض العليل على أسباب مهيجة أنواع الرمد . وكثيراً ما تحدث مع ظهور حويصلات قوباوية على مسير العصب الجبهي ، أو على مسير العصب تحت العين ، أو من امتداد قوباء

(١) قوباء الملتحمة : الرمد القوبائي = IMPETIGO CONJUNCTIVITIS .

الأنف إلى العين بالمجاورة على مسير القناة الدمعية ، وكذا في أكزيما الأنف وأمبتيجو الخد أو غشاء الأنف المخاطي . وفي بعض الحوادث تختلف الحويصلات هيئة وسيراً عن الحويصلات القوباوية حتى قال بعضهم : إنها ليست قوباوية .

[٦٩] سير الحويصلة القوباوية نحو ثمانية أيام غير أن الحويصلات / تتجدد فتطول المدة ، وفي الحوادث الحسنة السير تزول الأعراض في نحو (١٥) يوماً ولا يبقى لها أثر ، والحويصلات المفرزة بقرب حافة القرنية تشفى في خمسة ، أو ستة ، أيام بالعلاج الموافق ، وفي أصحاب المزاج الفاسد ، أو سكان المحال المزدحمة الرديئة الهواء ، كثيراً ما ينتكس العليل وتطول العلة وتتولد عواقب رديئة ، أما الجوخة القوباوية فتمكث أشهراً وسنين .

أما **علاج** هذه العلة فالغرض الأول فيه تخفيف الألم وخوف النور ومنع اختلاطات مؤذية ، ثم إزالة الحويصلات ومنع الانتكاس وتقوية صحة العليل عموماً . فإن كان مجلس الحويصلات الملتحمة فقط يكون خوف النور قليلاً والألم كذلك ، ويكفي أن يوضع في العين قدر حبة عدس مرهم أكسيد الزيبق الراسب كما ذكر آنفاً أي نحو قمحتين منه في درهم مرهم بسيط ، أو فاسلين ، أو كليسيرين ويكرر كل يومين ، وإذا كانت القرنية مجلس الحويصلات يكون خوف النور شديداً فيجب أن تعصب العين منعاً لحركة المقلة تحت الجفون ويقطر في العين بعض القطرات من قطرة مسكِّنة أي محلول المورفين ، أو محلول الأيسيرين ، وتوضع تحت عصابة العين قطعة نسل لكي تمص الدموع وتمنع جريانها على الخد لأن ذلك كثيراً ما يحدث أريثيما أو أكزيما الخد . ويجب أن يبدل النسل وتغسل العين بالماء الفاتر كل ثلاث ، أو كل أربع ساعات ، وتوضع في العين كل يوم ، أو كل يومين ، قليل من مرهم أكسيد الزيبق الراسب كما تقدم . وإذا كثر السيلان من الأنف يستنشق العليل كل يوم قليلاً من ماء الكلور
[٧٠] المخفف بماء أو من / سيال لابارك[1] أي محلول الصودا المشبع بالكلور .

(١) سيال لابارك ويقصد به (سائل لابارك) . وهو محلول تحت كلوريد الصوديوم القلوي .

ولأجل أكزيما الخد يعتمد على مرهم أكسيد التوتيا أو أكسيد الرصاص أو محلول بورات الصود أو الكليسيرين . ولأجل نقرالجيا الجبهة والمقلة يستعمل الماء الأسمر[1] أي بورات الصودا (كرام ١٠) خلاصة البنج (كرام ٥) ماء الختمية (كرام ٨٠) . يؤخذ من هذا المزيج نحو فنجان ويسخّن بوضعه في كأس ماء حار ثم تبلّ به خرق وتفرش على الجبهة والصدغ وتحت العين وليس على العين نفسها وتبدل كلما بردت ، ويكرر هذا العمل نحو ثلث ساعة صباحاً ومساءً . وبعد زوال حدة العلة يجوز أن يرش في العين قليل من الكلومل مرة كل يوم ، غير أن المرهم المشار إليه يكفي على الغالب ويجب أن يكون الكلومل ناعماً وجافاً حتى لا تتجمع في العين قطع منه فتهيجها . وفي هذه العلة تجتنب المنفطات لسبب استعداد الجلد للهيجان ، ويعتنى كل الاعتناء بصحة العليل العامة من جهة الطعام والنوم والسكن الخ ، ويعطى من المقوِّيات والمساهل الملحية ما تقضيه الظروف والمزاج .

وفي الأطفال ، كثيراً ما يعسر على الطبيب فحص العين بسبب خوف النور وتشنج المحيطة الجفنية ، فإذا أخذ الطفل على ذراعيه وطُبَّ وجهُه إلى أسفل ثم غُمس وجهُه ، أي أنفه وفمه وعيناه في صحن ماء بارد على مرة أو مرتين يفتح عينيه بما يكفي لفحصهما . أما في البالغين فقد يستلزم الأمر شق المآق الوحشي دفعاً لتشنج العضلة المحيطة الجفنية وربما استلزم الأمر تَكَلْفُرُ كلا الطفل والبالغ لأجل فحص العين الفحص اللازم / . [٧١]

(١) الماء الأسمر هو بورات الصودا وخلاصة البنج وماء الخطمي .

*** الفصل العاشر في أنواع الرمد النفاطي[1]

في سير الحصبة[2] والقرمزية[3] تحتقن الملتحمة وكثيراً ما يبلغ الاحتقان درجة الالتهاب الزكامي ، وتارة يبلغ درجة الالتهاب الصديدي أو تفرز الملتحمة مادة مؤلفة من المخاط والصديد ، وربما أدى ذلك إلى تقرح القرنية وثقبها والتصاق القزحية بالقرنية وإلى العنبية وكل عواقبها لا سيما إذا كان العليل ذا مزاج خنازيري . وفي بعض الحوادث يكون الرمد من النوع القوباوي ويرافقه خوف النور وألم وتدمع .

أما **علاج** هذه الأنواع فبواسطة القطرات المسكِّنة والغسل بالماء الفاتر ومغلي الخشخاش ثم القطرات القابضة الخفيفة مثل محلول الحامض التنيك ، أو محلول كبريتات الألومينا ، أو كبريتات التوتيا ، أو خلّات التوتيا ، وفي النوع القوباوي تستعمل قطرة الأتروبين أو الأيسيرين ومرهم الراسب الأحمر كما تقدم ويراعى أيضاً صحة العليل العامة ومزاجه .

إن أصحاب المزاج الخنازيري ، لا سيما الأصاغر[4] بينهم ، كثيراً ما يصيب نوع من التهاب الملتحمة مع ورم الغدد العنقية[5] وخوف النور ، وإذا فتحت العين يندفع منها مجرى دموع حارة ، وعند الفحص يرى على الغالب نفاطة على

---

(١) الرمد النفاطي = PHLYCTENULAR CONJUNCTIVITIS .

(٢) الحصبة = MEASLES .

(٣) القرمزية = SCARLET FEVER .

(٤) الأصاغر : يقصد بذلك الفقراء والمساكين وهي عكس كلمة (الأكابر) ويعني بها في بلاد الشام الأغنياء والميسورين . ويبدو أن المؤلف يميِّز بين الأمراض التي تصيب طبقة اجتماعية معينة دون الطبقات الأخرى . وكأننا بالمؤلف يشجع نشر الوعي الصحي .

(٥) LYMPH ADENITIS = CERVICAL LYMPH NODES وكان التهاب العقد اللمفاوية العنقية يسمى (الداء الخنازيري) نظراً للشبه بين منظر المريض ذي العنق العريض الثخين وبين عنق الخنزير .

الملتحمة أو على القرنية ، وهذه الحوادث مستعصية طويلة المدة والسير ، وفيها مَدَح بعضهم كبريتات الكلسيوم مع الضمادات الفاترة للعين ويعطى منه ما بين $\frac{1}{10}$ و $\frac{1}{4}$ القمحة منه مع قليل من سكر اللبن ، حسب عمر العليل ، ثلاث مرات في كل يوم / . [٧٢]

أما الجدري فكثيراً ما تتكون فيه بثرة جدرية على ملتحمة الجفون أو المقلة أو على القرنية فتؤدي إلى عواقب رديئة جداً من ثقب القرنية والتصاق القزحية وبياض القرنية الخ . وإذا تعددت البثرات على الجفون ترم حتى يعسر فتح العين . وكثيراً ما تتكون بين الأهداب فتفسدها حتى تسقط كلها أو تسد فوهات غدد ميبوميوس وتغير مفرزها وتلتصق الأهداب بعضها ببعض فتحدث تريخياسيس[١] أو دستخياسس[٢] وشترة داخلية[٣] . وهذه الأنواع تحدث التهاباً زكامياً أو صديدياً أو قوباوياً أو مختلطها . وربما لا تصاب العين حتى درجة العلة الأخيرة بعد سقوط القشور من النفاط الجسمي نحو اليوم الثاني عشر ، ونادراً يظهر بعد خمسة ، أو ستة أسابيع . وإذا تعددت البثرات واتصلت تتكون قرحة كبيرة عميقة تؤدي إلى ثقب القرنية وفسادها أو بياضة واسعة المساحة تفسد البصر ، وقد يمد الالتهاب إلى سائر أنسجة العين فتحدث خراجة المقلة كلها .

علاج هذه العلة كما تقدم . وتدهن الجفون بالكليسيرين ، أو بزيت الزيتون ، أو قشدة اللبن لمنع تكوين البثرات ، ويقاوم الالتهاب ببعض العلق للصدغين أو وراء الأذنين مع مراعاة صحة العليل وقوته . وحالما تتكون البثرة تنثقب وتفرغ وإذا تكونت على القرنية وخيف ثقبها تعالج كما تقدم في الكلام بقروح القرنية لا سيما ثقبها بإبرة دقيقة لأجل رفع الضغط الداخلي . وفي حمرة الوجه ترم الجفون بحيث لا تنفتح العين ، أما القرنية فلا تصاب إلا نادراً / . [٧٣]

---

(١) TRICHIASIS .

(٢) DISTICHIASIS .

(٣) ENTROPION .

١ ـ الظفر[1] :

هو تضخم قسم من الملتحمة والنسيج الموصل[2] تحتها تتخلله أوعية دموية مستعرضة ، فإن كانت الأوعية قليلة وتضخم النسج جزئياً فهو الظفر الرقيق ، وإن كانت الأوعية كثيرة والتضخم ظاهراً بحيث يكون ورماً أحمر مرتفعاً عن سطح الملتحمة فهو الظفر الغليظ . والظفر الرقيق يصير غليظاً عند حدوث الرمد الزكامي معه ثم يعود رقيقاً عند زوال الرمد . والظفر مثلث متساوي الساقين قاعدته نحو المآق ورأسه عند حافة القرنية ، غير أن رأس المثلث مقطوع غالباً ، وتارة ينتهي عند حافة القرنية وأخرى يطف عليها وقد يبلغ وسطها ، ومجلسه الغالب المآق الأنسي تجاه العضلة المستقيمة الأنسية وتارة تجاه الوحشية وتارة يشغل كلا المجلسين ، وكثيراً ما يحدث في العينين على المقابلة[3] ، ونادراً يرى من فوق أو من أسفل ، وقلّما يصيب الأطفال بل يصيب بالأكثر البالغين بعد أواسط العمر[4] .

أسباب **الظفر** غير واضحة ، وعدَّ البعض منها طول المكث في الغبار والحر وشدة النور وكل سبب مهيج للعين إذا طال ، والسبب الأكثر وقوعاً هو حدوث حويصلة قوباوية أو بثرة نفاطية أو دهنية بقرب حافة القرنية فتهيج تسرية كريات الملتحمة وتضخمها ثم تمد التسرية والتضخم إلى النسيج تحت الملتحمة فيتكون نسيج جديد يتقلص ويرتفع فوق مساواة الملتحمة ، وقد يحدث ذلك بعد جروح الملتحمة أيضاً أو فساد / بعضها بالكاويات عَرَضاً [٧٤]

---

(١) PTERYGIUM .

(٢) CONNECTIVE TISSUE .

(٣) SYMMETRICAL وهي ملاحظة سريرية ما زالت مقبولة علمياً حتى وقتنا الحاضر .

(٤) تلاحظ دقة الوصف السريري للظفرة .

أو عَمْداً فيرافق السمبلفارون أحياناً . وقال بعضهم : إنه في الأشياخ يرتخي الاتصال بين حافة القرنية والنسيج تحت الملتحمة وإن ذلك يُعدُّهم لتوليد الظفر ، وقال بعضهم : إن من أسباب الظفر سدد بعض الأوعية الدموية في الملتحمة بواسطة ترمپوس(١) في بعض الأوعية الموصلة بين أوعية القسم الهدبي والقرنية النافذة في العضلات المستقيمة ، أما السبب الأكثر وقوعاً فهو تقدم ذكره أي تكوُّن بثرة بقرب حافة القرنية وارتخاء الملتحمة والتصاقها بالبثرة فتُشَد وتجذب وذلك يؤدي إلى تسرية الكريات والتضخم كما تقدم .

متى تكوَّن الظفر يثبت ولا يزول من تلقاء نفسه وربما يحول بعضه حوؤلاً دهنياً ، وتارة يفسد البصر بمده على أواسط القرنية أو يعوق حركات العين بضخامته واشتداد نسيجه وهو على الغالب بطيء السير .

العلاج : إن كان الظفر صغيراً غير مؤذ للبصر ولا تنحصر به حركات العين فتركه أولى ، أو يُعوَّل على بعض القطرات القابضة مثل محلول كبريتات النحاس أو التوتيا أو خمر الأفيون أو نيترات الفضة ، أو يرش عليه قليل من مسحوق خلات الرصاص . وإن كان كبيراً أو ماداً على القرنية أو معوقاً حركات العين فيستلزم عمل جراحي وأشهر طرق معاملته ثلاث :

١ ـ الاستئصال .
٢ ـ التطعيم .
٣ ـ الربط .

١ ـ أما **الاستئصال** فيتم بلقط الظفر بجفت مسنن دقيق ثم يفصل رأسه عن القرنية بمقراض أو سكين حاد ، ثم يفصل عن الصلبة وتتبع حافتا الظفر الأعلى والأسفل قليلاً / ثم يتقارب الجرح الأعلى والأسفل حتى [٧٥] يلتقيا في المآق ثم تفصل الملتحمة قليلاً عن الصلبة حتى يسهل ضم شفتا الجرح فيخاط بإبرة دقيقة وخيط دقيق ، وتشد القطبة حتى تسقط من نفسها ، ولا يلزم استئصال قاعدة الظفر كلها لأنه بعد العمل

---

(١) THROMBOSIS ويسمى اليوم (خثار) أي تشكل خثرة في أحد الأوعية تسد لمعته .

المذكور يجف ويذبل ويضمر . وبعد العمل تعصب العين عدة أيام حتى تسقط القُطَبُ . وإذا نبت في الجرح نتوءات لحمية زائدة[1] تكوىٰ بنترات الفضة أو خمر الأفيون أو تقطع .

٢ ـ أما **التطعيم** فهو أن يفصل رأس الظفر عن القرنية وعن الصلبة قليلاً ثم يمر برأسه خيط دقيق وينفذ طرفا الخيط تحت الملتحمة أسفل العين فيدخل رأس الظفر في جيب أسفل العين فإذا نما ينمو إلى جهة الأسفل حيث لا ضرر وربما ذبل وضمر أو يلف على نفسه إلى قرب المآق ويترك هناك ويخاط جرح الملتحمة .

٣ ـ أما **الربط** فهو أن يمر طرفا خيط دقيق ، كل واحد على حدته ، بإبرة دقيقة ثم تمر إبرة واحدة تحت الظفر بقرب حافة القرنية والأخرى بقرب قاعدة الظفر ثم يقطع الخيط عند الإبرتين ويجذب طرف واحد من القسم الأوسط فيكون قد انقسم إلى ثلاثة أقسام فيربط قسم واحد بقرب القاعدة وآخر بقرب الرأس والآخر بقرب الوسط وتقطع أطراف الخيطان وتعصب العين مدة أربعة أيام وعند ذلك يكون الظفر قد اختنق فيرفع بجفت مع الخيطان والجرح الباقي يختم بسهولة طبيعية / . [٧٦]

كثيراً ما يتكون في عيون الأشياخ بقرب حافة القرنية نتوءة دهنية من قبل تضخم النسيج تحت الملتحمة وسميت ظفراً كاذباً[2] وقلّما تضر العين وإذا حصل منها انزعاج قطع بمقص .

٢ ـ جفاف الملتحمة[3] :

منه أملس ومنه قشري .

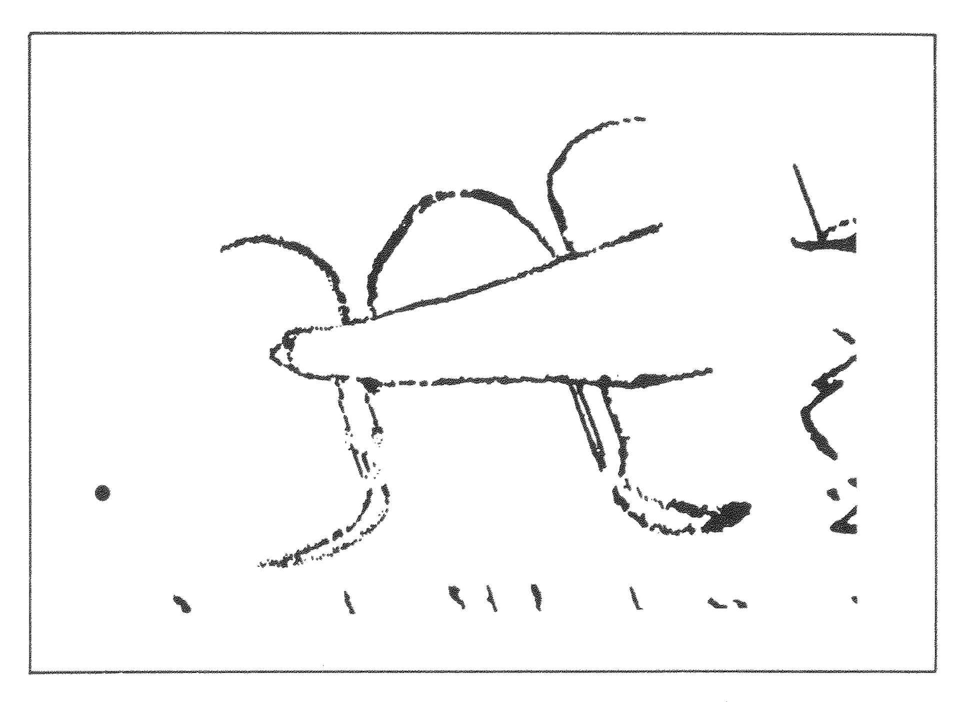
أما **الأملس** فهو ندوب قروح الملتحمة . فيه ترى أقسام من الملتحمة

---

(١) GRANULOMAS .

(٢) PINGUECULUM .

(٣) XEROPHTHALMIA = DRYNESS .



عملية استئصال الظفرة وخياطتها (ص ٧٥ من المخطوطة)

بيضاء لامعة بقرب الغضروف الهلالي وفي الثنية ، وهذه الندوب بتقلصها تعوق حركات العين وتقصر الغضروف الهلالي وتضيق جيب الملتحمة وملتحمة المقلة شديدة جافة فتغبّن[١] عند حركة المقلة غبونها توازي حافة القرنية والقرنية مظلمة مصفرة والعليل يشكو جفافها .

أما **القشري** فهو حوؤل كل الملتحمة وما يتعلق بها بحيث يصير مثل نسيج وَتَريٍّ[٢] ندبي خال من كل مفرز فتجف عليها قطع أبثيليوم وتتجمع في الجيب .

أما القرنية فمظلمة بالجوخة المكونة من الالتهاب المزمن واللحيمة الدمعية مفقودة أو ضامرة . وكذلك الثنية الهلالية ، وقد يمحى جيب

---

(١) غبن الشيء : باللغة العامية أي أحدث فيه طيّات . غبن ياقة القميص أي جعل فيها طيات لجعلها أصغر .

(٢) TENDON - LIKE .

الملتحمة أيضاً بانعطاف النسيج المحوّل عن الغضروف الهلالي إلى المقلة فيعسر فتح العين وغمضها إلى التمام . وغدد ميبوميوس تذهب ، وكذلك الأهداب والحلمتان الدمعيتان والكيس الدمعي والغدة الدمعية ضامرة ، فلا تبكي العين ولو دخلت إليها مواد غريبة حريفة وحساسة القرنية قليلة فلا تتألم من أجسام غريبة في العين / . [٧٧]

أسباب جفاف الملتحمة : هي أنواع الرمد التي يعقبها حوؤل لا سيما التراخوما المتسعة المتروكة لنفسها أو المعالجة علاجاً غير موافق ، ويعقب أيضاً الرمد الدفتيري والشعرة والشترة والكاويات والحروق . إذا عاقب طول استعمال نيترات الفضة يتغير لون الملتحمة فيصير لونها زيتونياً عكراً .

ومن أسبابها بعض العلل الجلدية القشرية مثل اليمفيجوس[١] والبسورياسس[٢] . وإذا كان من الأول فترى آثاره في الفم أيضاً ووراء الأذنين . وفي مملكة برازيل نوع من الرمد يصيب السودان فيها الأرقاء ، من جملة أعراضه جفاف الملتحمة . وفي أصحاب العشاء[٣] ترى على الملتحمة قطعة أپثيليوم جافة في القسم منها المعرض للهواء . وترى أيضاً في بعض الحميات الخبيثة وفي تهور الهواء الأصفر[٤] وحيثما شوهدت تدل على ضعف وانحطاط وفاقة الدم وقلة سيولته وربما انتهت إلى التقرح .

علاج : هذه العلة عبث ، فلا يطمع بأكثر من تندية العين الجافة بمواد مليِّنة أفضلها اللبن ، ويوافق أيضاً قطر الكليسيرين في العين مرة أو مرتين كل يوم فإن ذلك يليِّن قطع الأپثيليوم الجاف ، وربما خفف ظلام القرنية قليلاً . وإذا التحقت إلى علة جديدة تعالج تلك العلة .

---

(١) داء الفقاع = PEMPHIGUS .

(٢) داء الصدف ، الصداف = PSORIASIS .

(٣) العشى والعشاوة هو العمى الليلي = NIGHT BLINDNESS = NYCTALOPIA .

(٤) الهواء الأصفر تعبير أطلق على جائحة التهاب كبد بالحمى الراشحة (ب) مما أدى إلى إصابة سكان المنطقة باليرقان .

٣ ـ سبملفارون(١) :

هـو التصاق بين ملتحمـة الجفن وملتحمة المقلة ، وهـو على درجات مختلفة بين كلّي وجزئي . فإذا كان كلياً أو متسعاً عَوَّق حركات العين ، وإذا كان جزئياً ، أي كان الالتصاق في قسم جزئي /من الملتحمة فقط لا يعوق [٧٨] حركات العين إلا قليـلاً ، وأشده ضـرراً التصاق ملتحمـة الجفن بقسم من القرنية وعند ذلك يشبه الظفر نوعاً .

الأسبـاب : السبب الغالب هـو أسفـاقلس الملتحمـة من قبـل الـرمـد الدفثيري أو الكاويات أو الحرق بالبارود ، أو بمواد حامية أو كـاوية دخلت العين مثل الحوامض الكاوية أو الكلس . فعند سقوط القسم الأسفاقلوسي تنبت أزرار لحمية ويلتصق سـطح بسـطح بسهـولـة كما يحـدث في كـل الجروح . وقد يحدث من قبل جروح الجفون إذا نفذت إلى الملتحمة وإلى المقلة .

العلاج : إذا كان الرباط بين الجفن والمقلة خيطياً قليل المساحة ينزع كله ويمنـع عَوْد العلة بـانضمام شفتي الجـرح بواسـطة قُطَبٍ دقيقـة حتى لا يمس المقلة قسم من الجفن منزوعة ملتحمته . وإذا كان الالتصاق واسعاً بحيث لا يعسر انضمام شفتي الجرح تؤخذ أيـة واسطة تيسـرت لأجل منـع الملامسة حتى يكتسي الجـرح نسيجاً مخـاطياً أو نـدبياً يمنـع الالتصاق ، وكثيراً ما يستحيل ذلك فتكون العلة حينئذ غير قابلة الشفـاء . وقد نجحت عملية تعويضية في هذه العلة بعض النجاح أي بعد فصـل الالتصاق كُسِيَ القسم المعـرّى من الملتحمة بملتحمـة مـأخـوذة من المقلة من الأنسيـة أو الوحشية أو كليهما وضم شفتي جرح ملتحمـة المقلة بقطب كمـا في سائـر العمليات التعويضية / . [٧٩]

(١) SYMBLEPHARON = التصاق ملتحمي .

٤ ـــ **أنكيلوبلفارون**[١] :

هو التصاق أطراف الجفون بغشاء أو نسيج ندبي وقد يوافق السمبلفارون .

وأسبابه كما تقدم . وتارة يحدث عن الرمد الضفيري أي السلاق .

وعلاجه بفصل الالتصاق واتخاذ الوسائط الكافية لمنع الملامسة حتى يكون السطح المجروح قد بريء .

عند حدوث الآفات التي تؤدي إلى سمبلفارون وما مثله ينبغي اتخاذ الوسائط لمنع الالتهاب والأسفاقلس والالتصاق ، فتغسل العين بالماء الفاتر ويقاوم الالتهاب . وإذا سقط كلس في العين تغسل بخلّ وماء ، أو تحقن العين بحامض خليك مخفف ويقطر فيها قليل من زيت الزيتون أو زيت اللوز الحلو ، وتستعمل قطرة من المورفين والكليسيرين ثم الكليسيرين وبورات الصودا . ويمنع الالتصاق بالفصل بين الجفن والمقلة على قدر الاستطاعة .

وإذا كانت المادة الكاوية من الحوامض تغسل العين بمحلول كربونات البوتاسا أو الصودا ثم يقطر فيها زيت أو كليسيرين كما تقدم ، وكثيراً ما يوافق ضمادات بماء وحامض كربوليك جزء من الحامض إلى ألف جزء من الماء ويقطر قطرة الأيسيرين في العين .

٥ ـــ **أورام الملتحمة** :

بواسير الملتحمة[٢] أو پليپومها[٣] نادرة الحدوث ومجلسها اللحيمة الدمعية والثنية الهلالية .

وهي على هيئة أورام ناتئة قرنفلية اللون ذوات أعناق وقد تبلغ البندقة قدراً وتنفر من المآق .

---

(١) ANKYLOBLEPHARON = التصاق الجفنين .

(٢) دوالي الملتحمة = CONJUNCTIVAL VARICES .

(٣) سليلات الملتحمة = CONJUNCTIVAL POLYPS .

وعلاجها بالقطع وإذا اشتد النزف بعد / القطع تمس القرمة[1] بنيترات الفضة . [٨٠]

أما **الأورام الدهنية الصغار** الناتئة بقرب حافة القرنية الشبيهة بالظفر أحياناً فقد مضى ذكرها في الكلام بالظفر .

أما **السلع الدهنية**[2] فنادرة الحدوث ومجلسها على الغالب ملتحمة المقلة بين حافة القرنية والمآق أو تجاه العضلات المستقيمة لا سيما العليا والوحشية أو بقرب الغدة الدمعية ، وهي تضخم قسم من نسيج المقلة الدهني . وهذه الأورام ملساء صفراء اللون مفصصة مرنة ، وقد تبلغ قدراً يدفع المقلة من موضعها وتضغط الغدة الدمعية . وهي على الغالب خلقية صغيرة وتنمو بالتدريج .

علاج هذه الأورام استئصالها مع حفظ الملتحمة على قدر الممكن وضم شفتي الجرح بقطب دقاق .

أما **الأورام الشبيهة بالبشرة**[3] فليست بنادرة ومجلسها عند حافة القرنية أو بعضها على القرنية وبعضها على الصلبة مصفرة اللون مرتفعة قليلاً عن مساواة سطح القرنية ، قطرها خط أو خطان ملساء أو مفصَّصة ، وربما نفذ منها شعرة أو شعرتان ، وقد تبلغ قدراً يفسد العين وهي على الغالب خلقية تنمو مع نمو الجسد وفيها نسيج جلدي شحم وشعر وأجربة دهنية .

علاجها الاستئصال ، غير أنه يجب أن يترك بعض نسيجها الملتصق بالقرنية لكونه نافذاً بين طبقات القرنية أحياناً فالاستئصال على التمام بدون إذاء القرنية .

---

(١) القرمة هي القاعدة = POLYP'S BASE .

(٢) السلعة = STROMA والسلعة الدهنية = FATTY STAUMA ويصفها المؤلف هنا انفتاق الشحم = FATTY HERNEATION أو اكتناز الشحم = FATTY DEPOSITS في الأنسجة تحت الملتحمة البصلية = BULBAR CONJUNCTIVA وتشاهد بكثرة عند المصابين بتشحم الدم = HYPERLIPIDEMIA .

(٣) EPITHELIOID TUMORS وتسمى الآن DERMOID CYSTS .

[٨١] أما **الثآليل الحمر الصغار**[١] فمجلسها الملتحمة الجفنية أو المقلة /أو اللحيمة الدمعية أو الثنية الهلالية، وهي شبيهة بثآليل[٢] القلفة[٣]، وعلى الغالب يرافقها شيء من التهاب الملتحمة وسيال مخاطي منها مائع فعلاجها القطع قبل أن تمد وتمس موضعها بنترات الفضة .

أما **أكياس الملتحمة**[٤] فمستديرة الشكل قرنفلية اللون ينفذ فيها بعض النور إذا رمي عليها متواربا ، ومجلسها أي قسم كان من الملتحمة وتختلف قدراً بين قدر الخردقة الكبيرة[٥] وقدر البندقة ، وإذا نفذت إلى داخل الحجاج أحدثت جحوظاً بالنسبة إلى قدرها . وجدرانها على الغالب رقيقة ومتصلها بالملتحمة دقيق فيسهل استئصالها .

أما **الكستوشركس**[٦] (انظر باثولوجية صفحة ٤٣١ و٤٣٢) فنادر الوجود تحت الملتحمة وقد وجد تحت ملتحمة المقلة وتحت ملتحمة الجفون وربما يسترق بحيث ترى هيئة الحيوان فيسهل التشخيص .

أما **الأورام السرطانية** فنادرة في الملتحمة وقلّما تحدث ذاتياً بل أكثرها ثانوي أي تمد إليها من الجفون أو من المقلة . فالنوع الجلدي أو الأپثيلي[٧] يبتدىء على هيئة عقد صغيرة مثل حويصلة قوباوية بقرب حافة القرنية ، ويمتاز عن القوباء بحيث لا يرافقه في الأول التهاب ولا كيموسس ، وفي

---

(١) HEMANGIOMATA .

(٢) في الأصل : بثئليل .

(٣) القلفة = PREPUCE وهي الجلد الذي يغطي رأس القضيب أو البظر .

(٤) INCLUSION EPITHELIAL CYSTS .

(٥) B.B. GUN SHOT = PELLET .

(٦) CYSTICERCOSIS وهو مرض ناجم عن الإصابة بطفيلي الكيسة المذنبة = CYSTICIRCUS CELLULOSAE وهي يرقانة الدودة الشريطية الوحيدة = TAPE = TAENIA SOLIUM WORN وأكثر ما تشاهد في ما تحت الملتحمة أو داخل العين . وعلاجها إخراجها ، أي استئصال الطفيلي ، ومعالجة المريض لتخليصه من الدودة الشريطية (كتاب حجاج العين ص ١٥٩ - ١٦٠) .

(٧) لعله يصف هنا السرطانة الوسطية = SQUAMOUS CELL CARCINOMA .

جواره بعض الأوردة المتعارجة المتمددة ، وبعدما يكبر حجم الورم قليلاً يحمر ويتعقد ويكسوه أپثيليوم جاف متضخم أو يتقرَّح فيسيل منه سيال مخاطي صديدي وربما أدى إلى تقرح عميق وفساد القرنية / . [٨٢]

العلاج لا سبيل إلّا الاستئصال حالما يتشخص ، ويعاد الاستئصال كلما عاد الورم ، وإذا مد إلى القرنية والأنسجة العميقة ينبغي استئصال المقلة كلها . وبما أن العلة كثيراً ما تعود من الأنسجة في عمق الحجاج يجب كَيٌّ داخل الحجاج والجفون بواسطة كلوريد التوتيا بعد استئصال الجفون والمقلة[١] .

أما **النوع النخاعي** فعلى الغالب يمد إلى الملتحمة من المقلة أو من الجفون وهو سريع النمو ماداً إلى كل الأنسجة المجاورة[٢] .

أما **النوع الأسود** فهو ، من أول ظهوره ، على هيئة نقطة مسودَّة مرتفعة قليلاً في النسيج تحت الملتحمة بقرب حافة القرنية ، أو بقرب اللحيمة الدمعية ، أو الثنية الهلالية وربما بقي ساكناً بليداً مدة طويلة لا يزيد ثم يأخذ بالمد والنمو سريعاً[٣] . وإذا استؤصل يعود بعد قليل . ويجب التمييز بين هذا النوع وبعض الأورام السود الصغار التي هي أورام لحميّة سليمة[٤] .

أما **القروح الزهرية**[٥] فقد تشاهد على الملتحمة وهي شبيهة بشانكر القلفة[٦] وقد ذكر حدوثها على حافة القرنية .

أما **الأورام الوعائية**[٧] فعلى الغالب تنشأ من جلد الجفن وتمد منه إلى

---

(١) ما يسمى اليوم = EXENTERATION .

(٢) لعله يصف هنا الـ BASAL CELL CARCINOMA .

(٣) لعله يصف هنا الأورام القتامينية الخبيثة = MELANOMA .

(٤) تسمى الشامات والخيلان = PIGMENTED NEVUS .

(٥) SUPHILLITIC ULCERS .

(٦) قرح = CHANCRE .

(٧) HEMANGIOMATA .

ملتحمة الجفن وإلى ملتحمة المقلة وتبلغ قدراً مضراً إن لم تستأصل من أولها ، وتارة تنشأ من الثنية الهلالية أو من الملتحمة نفسها .

أما **تكلس مفرز غدد الملتحمة وغدد ميبوميوس**[١] من قبل جفاف المفرز وتصلبه وحوؤله فيكوّن أوراماً صغيرة بيضاء على هيئة حصاة صغار مستديرة على قدر قطورة دبوس فأكبر ، وهي مفردة أو متعددة متفرقة على سطح الجفن أو مصفوفة/على وضع فوهات أقنية الغدد ، وبسبب خشونتها [٨٣]
تحدث نوعاً من التهاب الملتحمة .

وعلاجها : شق الملتحمة فوقها واستخراجها بإبرة الكتراكت . وفي بعض الحوادث يكون المفرز ليناً يمكن استخراجه من فوهة الغدة بالضغط فقط ، وتارة يتحجر مفرز اللحيمة الدمعية فتتكون فيها هرشمات[٢] صغار تهيّج ورماً والتهاباً فيجب نزعها .

وقد ذكر بعضهم ظهور اليمفيجوس على الملتحمة ، ومجلس الأمجال[٣] تارة ملتحمة الجفون وأخرى ملتحمة المقلة ، ويرافقها تدمع وخوف النور وسيال مخاطي صديدي وعندما تنفجر الأمجال يبقى سطح معرى من الملتحمة يفرز مادة صديدية مخاطية ، وإذا تعددت الأمجال في وقت واحد ، أو ظهر الواحد بعد الآخر ، ربما أدت إلى سمبلفارون .

أما **علاجها الموضعي** فبالقطرات القابضة الخفيفة لا سيما بورات الصودا والكليسيرين والحامض البوريك والكليسيرين ، وتعالج العلة العامة بالزرنيخ .

أما **النزف إلى الملتحمة**[٤] فتارة يحدث بعد شدة السعال كما في

---

(١) CALCIFIED DEPOSITS = CONCRETION .

(٢) هرشمات : لعلها كلمة عامية كانت تستعمل في قرى لبنان حيث عاش المؤلف .

(٣) الأمجال : والأصح (المجال) و (المجل) . جمع (المُجْلَة) وهي قشرة رقيقة يجتمع فيها ماء من أثر العمل (المعجم الوسيط ٢/٨٥٥) ولعله يقصد هنا الفقاعة أو النفاطة .

(٤) SUBCONJUNCTIVAL HEMORRHAGE .

الشهقة[1] ، أو شدة الزحير[2] فلا يستدعي علاجاً غير غسل العين بالماء المالح الفاتر .

أما النزف المرافق الأسكربوط[3] أو عللاً أخر من قبل سيولة الدم **فيعالج** بعلاج العلة المحدثة .

والحادث من آفات ميكانيكية مثل ضربة على الرأس أو الصدغ فربما يستدعي شق الملتحمة لأجل استخراج الدم إذا كانت الكمية وافرة ، وإلا فيعتمد على الوضعيات الباردة وعصب العين .

أما **إيذيما الملتحمة**[4] فترافق التهاب الملتحمة والتهاب سائر أغشية العين ، وقد تحدث ذاتياً في الشيوخ والضعفاء لا سيما / في أصحاب علل [٨٤]
كلوية وإذا اشتدت تعالج بتجريح الملتحمة حتى يجري منها المصل .

ويوجه **العلاج** إلى العلة الأصلية ، وقد تحدث أيضاً في سير الحمى الصديدية من قبل سدد بعض أوردة الدماغ .

أما **أمفيسيما**[5] **النسيج تحت الملتحمة** فيحدث من قبل كسر عظام الأنف وجرح النسيج بحيث تتصل خلاياه بالمسالك الهوائية وتعرف بقرقرة الهواء تحت الجس عند الضغط على الورم بالأصبع ويزول جميعه تحت الضغط .

أما **علاجها** فبتجريح الملتحمة لكي يفلت الهواء إذا كان ذلك لازماً ثم تعصب العين .

---

(١) يسمى السعال الديكي ، أو سعال الشهقة ، أو الشاهوق = WHOOPING COUGH .

(٢) الزحير = TENESMUS .

(٣) الأسكربوط = SCURVY نقص فيتامين (ث) الشديد = ASCORBIC ACID والذي يؤدي إلى هشاشة الأوعية وبالتالي النزوف .

(٤) CONJUNCTIVAL LYMPHEDEMA .

(٥) نفاخ = EMPHYSEMA وهو وجود هواء تحت الملتحمة .

القسم الثاني

في علل القرنية[1]

(١) CORNEAL DISEASES .

القرنية يكسوها أبيثيليوم مجزّع[2] دقيق شفاف يغلظ قليلاً نحو متصل القرنية بالصلبة ، وتحت الأبيثليوم نسيج هياليني سمِّي غشاء بومن[3] والقاعدة الخارجية ، وقد لا يوجد فيكون الأبيثيليوم على القرنية نفسها . أما القرنية فهي نوع من النسيج الموصل غير أنه إذا أغلي ينتج منه خوندرين[4] عوضاً عن الجلاتين وهي مؤلفة من نحو ٥٠ أو ٦٠ طبقة ، وهذه الطبقات مؤلفة من خيوط دقيقة جداً موصولة بعضها ببعض حزماً حزماً بمادة غروية[5] قوتها لتكسير النور مثل قوة الخيوط / تماماً ، [٨٥] وتلك المادة موصلة بين الطبقات أيضاً وبين حِزَم الخيوط . وفي الطبقات المشار إليها خروم[6] وأثلام[7] فيها سيال تتغذى منه القرنية ، وفي تلك الأثلام كريات مستطيلة ذوات نوى سميت الجسيمات القرنية[8] واعتبرت مع نواياها كريات نووية شبيهة بكريات النسيج الموصل وهي ثابتة ، وفيها أيضاً كريات حائلة أكبر من الأولى وألمع متحركة مثل الكريات البيض في سائر الأنسجة .

أما مادة القرنية فتتحول إلى الصلبة أو بالأحرى مادة الصلبة تتحول إلى مادة[9] القرنية فبينهما الاتصال التام .

---

(١) KERATITIS .

(٢) مجزع = COLUMNAR EPITHELIUM .

(٣) BOWMANN'S MEMBRANE .

(٤) CHORNDROITIN وهي المادة التي توجد في النسيج الغضروفي = CHONDROITIN SULPHATE .

(٥) COLLOIDAL . (٦) ثقوب .

(٧) أثلام = GROVES .

(٨) CORNEAL CORPUSCLES .

(٩) تلاحظ عدم وضوح الفكرة تماماً في ذهن المؤلف ، وقد ثبت علمياً ، وبعد الفحص بالمجهر الضوئي والاليكتروني ، أن النسيجين (القرنية والصلبة) مختلفين كل الاختلاف عن بعضهما .

أما سطح القرنية الداخلي فيكسوه غشاء دقيق سمِّي غشاء دسماة[١] وغشاء ريمورس[٢] والقاعدة الداخلية وغلاف الرطوبة المائية ، وهو غشاء هياليني شفاف مرن حتى إذا انفصل عن القرنية يلف على نفسه بالحال[٣] ، وعلى سطحه أبيثيليوم[٤] من النوع المجزع كرياته أشكال كثيرة الزوايا ، وخيوطه المتقدمة تتصل بالخيوط المكونة الجدار الداخلي لقناة شلم[٥] والمتوسطة تتصل بحافة العضلة الهدبية ، والخلفية تتصل بسطح القرنية الأمامي ، وبعض الخيوط تكوِّن ما سمِّي رباط القزحية المعلِّقها[٦] .

إن في قرنية الجنين أوعية دموية وهي تقل في شهور الحمل الأخيرة وتزول قبل الولادة ، وترافقها أعصاب . وقال بعضهم : إن الأوعية الدموية لا تفقد أي جوهر القرنية مطلقاً حتى ولا في عين الجنين ، وعلى حافة القرنية أوعية ليمفاوية .

أما أعصاب القرنية فمن الأعصاب الهدبية تلج إلى القرنية نحو ٤٠ أو ٤٥ منها
[٨٦] عند متصلها بالصلبة وتخسر مادتها النخاعية / وتصير شفافة وتنفرش على هيئة الأوعية الدموية المتفممة وتتصل بالكريات المشار إليها آنفاً حتى قال بعضهم : إن لكل كرية عصبها الخاص .

القرنية في الأشياخ يصيبها نوع من الحوؤل الدهني ، وهو غالباً يرافق حوؤلاً دهنياً في عضلات العين وأوعيتها الدموية ، وقلّما يظهر في من هو دون ٥٠ سنة من العمر ، غير أنه في بعض العيال يبتدي في أواسط العمر أو قبل ، وذلك ينسب إلى فعل الوراثة ، وإذا ظهر في من هو دون ذلك يدل على علة مؤثرة في التغذية . وهيئة هذه الحوؤل في القرنية على هيئة هالة عند محيط القرنية تزيد

---

(١) DESCEMET'S MEMBRANE .

(٢) غشاء ريمورس : لم نجد له وصفاً في المراجع المتوفرة لدينا .

(٣) يصف هنا غشاء دسمة = DESCEMET'S .

(٤) يقصد الطبقة البطانية للقرنية = ENDOTHELIUM .

(٥) SCHLEM'S CANAL .

(٦) FATTY DEGENERATION .

قتاماً من أعلاها ومن أسفلها وقد سميت قوس الأشياخ(١) . وهذه القوس لا تؤثر في تغذية القرنية كما يعلم من عدم تأثيرها في برء شق القرنية لأجل استخراج الماء الأزرق . وعند حدوث الهزال الزائد العلل الكاككتية(٢) قد تصغر القرنية وترق فيعسر برء قروحها أو شقها .

في التهاب القرنية لا يحصل تغير في موادها المغذية بل إنما الكريات الجايلة تتسرأ وتكثر ، والكريات الثابتة تحول إلى مادة دون مادتها الأصلية . فالأمر ظاهر أن ذلك تارة يبلغ درجة قابلة الاصطلاح وأخرى تبلغ درجة غير قابلة للاصطلاح . فالتغييرات الحاصلة من التهاب القرنية الممكن مشاهدتها هي من قبل تسرئة الجسيمات القرنية فتنفتح تلك الجسيمات وتكثر نواها وتطول وتنقسم إلى عدة ، وما داخلها يُظْلم ويَخْشن وتشتبك أطراف الجسيمات بعضها مع بعض حتى تشبه شبكة أنابيب / متفممة ، وقد تنفجر فتنسكب الكريات والنوى إلى أخلية الشبكة [٨٧]
المشار إليها ، وقد يعم هذا الفعل كل القرنية ، غير أنه في الغالب يحدث في بعض النقط منها ، وهي تارة بقرب سطح القرنية وأخرى في عمقها وبالأكثر على سطحها ، والنسيج الموصل يشرك في العمل ويظلم فترِمُ القرنية كلها ، وهذا الورم يقاومه غشاء بومن إلى حين توليد الصديد وعند ذلك يفسد ويتسرأ الأبثيليوم أيضاً فتدفع كرياتها المتولدة الجديدة العتيقة يتخشن سطحها ويظلم ، ثم متى انحل الالتهاب تقف هذه التسرية وتزول المواد الجديدة إن لم تبلغ درجة زائدة إلى مادة قابلة الذوبان شبيهة بالدهن فتمتص جميعاً .

أما التهاب غشاء دسماة أو التهاب القرنية الخلفي فلا يحدث وحده بل مع التهاب القرنية والقزحية ويعرف بواسطة نقط صغار منتثرة على سطح القرنية الخلفي(٣) ترى بالنور المتوارب ويرافقه التهاب أنسجة العين الداخلية وهو إذ ذاك خطر جدا على البصر وسيأتي ذكره على حدته عند ذكر علل القزحية .

---

(١) ARCUS SENILIS .

(٢) CACHECTIC DISEASES وتسمى الآن الأمراض الدنفية .

(٣) KERATIC PRECEPITATES = (K.P.) .

لالتهاب القرنية ثلاث درجات :

١ ـ درجة الارتشاح .

٢ ـ درجة الخراجة أو توليد الصديد .

٣ ـ درجة التقرح .

والدرجة الأولى تارة تزول وتارة تنتهي إلى الثانية وأخرى إلى الثالثة .

أما **درجة الارتشاح**(١) فباثولوجيتها هو انسكاب كثير من الكريات البيض إلى الخلايا والخروم المشار إليها فتنفصل بها الخيوط والحزم بعضها عن بعض ومن [٨٨] أول أعراض ذلك / كدر صفاء القرنية(٢) ، فإذا امتصت وزالت سريعاً لا يبقى لها أثر ، وإذا طال مكثها يحدث تغيرات ثابتة لا تزول . وهذا الانسكاب قد يكون سطحياً وقد يكون عميقاً . وهو تارة محصور وأخرى متسع .

ثم إذا كان انسكاب الكريات البيض كثيراً وسريعاً تنفصل الحزم انفصالاً يؤدي إلى فسادها أي خراجة القرنية(٣) وهي لا تزول بدون أن يبقى لها آثار كثرت أو قلَّت ، وتارة تنفذ الكريات إلى الغرفة الأمامية للرطوبة المائية فتكوّن هيبوبيون(٤) .

ثم إن الارتشاح ، المشار إليه ، قد يكون قرحة القرنية بدون خراجة وبدون ارتشاح في جوهرها فتكون قرحتها أول دليل على التهابها لأن درجة انسكاب الكريات البيض مضت بسرعة فلم تلاحظ ، وسوف نعود إلى ذكر قروح القرنية في محلها .

ولأجل سهولة الوصف تقسم التهاب القرنية إلى أربعة أشكال :

١ ـ كراتيتس وعائي(٥) .

٢ ـ قوباوي أو قوباء القرنية(٦) .

---

(١) CORNEAL INFILTRATION .

(٢) CORNEAL HAZYNESS .

(٣) CORNEAL ABCESS .

(٤) HYPOPION وهو انسكاب القيح في البيت الأمامي .

(٥) VASCULAR KERATITIS أو PANNUS .

(٦) CORNEAL IMPETIGO .

٣ ـ متسع أوپرنكيمي[١] .
٤ ـ صديدي[٢] .

١ ـ كراتيتس وعائي ـ سبل القرنية[٣] :

أجلُّ أعراضه احمرار القسم الهدبي وكمود القرنية وظهور أوعية دموية فيها ، فيكمد سطح القرنية في بعض أقسامه مثل الزجاج المخشن أو مثل قرطاس شُكَّ بإبرة مرات[٤] أو مثل سطح قمح الخياطة[٥] . أما الكمود فيمد إلى الحافة نحو المركز ونادراً بالعكس . ثم تظهر أوعية دموية مادّةً نحو المركز كأنها لاحقة الكمود ، ثم تشتبك وتنتهي في / أوعية أرق أن تُرى [٨٩] بالعين المجردة . وإذا ابتدأ الكمود في المركز لا تظهر الأوعية حتى بقرب الحافة ، وأحياناً تنفجر بعض تلك الأوعية فيظهر الدم المنسكب منها على هيئة بقع حمر غير منتظمة . وظهور هذه الأوعية للنظر المجرد في طبقات القرنية العميقة نادراً وإظلام القرنية يمدُّ من الحافة نحو المركز .

إن احمرار القسم الهدبي واحتقانه يسبقان تغير نسيج القرنية ويرافقانه فيرى على ملتحمة الصلبة أوعية حمر تستدق كلما قربت إلى حافة القرنية ، وتحت الملتحمة في الصلبة هالة مكونة من تلك الأوعية مثل شعاع منفرجة وقد تصير حلقة وارمة تحيط القرنية فتذرف الدموع وتسخن المقلة إن احمرت الجفون وورمت وإن لم تحمر .

أما الألم فمختلف شدةً ، قد يشتد جداً وقد يفقد تماماً ، وأكثر اشتداده إذا أزيل الأپيثيليوم أو انجرحت القرنية حتى تعدت أطراف الأعصاب فيمد الألم على مسير العصب الجبهي وعصب الخد ، ويرافقه انقباض الحدقة

---

(١) PARANCHYMAL .
(٢) PURULENT .
(٣) PANNUS .
(٤) PUNCTATE KERATITIS .
(٥) THIMBLE وهو ما يسمى في وقتنا الحاضر الكشتبان أو الكستبان .

بالكد تغلبه المواد المدرياتية وبالضرورة يحدث ألم من النور وتشنج عضلات الجفون .

وإذا امتد كمود القرنية إلى تجاه الحدقة يحدث اضطراباً وخللاً في البصر بالنسبة إلى التغير الحادث ، وربما أدى إلى تقرُّح أواسط القرنية وبياضها كما تقدم .

الأسباب : قد يرافق قوباء القرنية أو يحدث من قبل التراخوما ، أو من آفات ميكانيكية ، أو دخول مواد غريبة حريفة إلى العين ، أو مواد كيمائية ، أو شيافات مهيجة ، أو من قبل عرك / الأهداب على القرنية في الشترة [٩٠] الداخلية ، أو فعل الهواء الكروي بعد تقصير الجفن بعمل جراحي لأجل الشترة الداخلية ، أو بسبب نفور المقلة من تغيرات فجائية في حرارة الهواء كما يحدث عند الخروج من محل حار إلى محل بارد وبالعكس .

أما **سير** هذه العلة فحسب سببها ، فإن زال السبب وعولجت علاجاً موافقاً تنتهي في نحو أسبوع وإلا فتدوم مدة أشهر لا سيما في أصحاب المزاج الخنازيري .

أما العواقب فعلى الغالب يبرأ برءاً كاملاً ولا يبقى له أثر ، وإذا طال يُخشى من تغيرات غير قابلة الإزالة ، كما أشير إليها آنفاً . وبعد زوال المرض الحاد تبقى العين ضعيفة مدة فينبغي الحرص من جهة استخدامها وقد يتحول إلى التهاب نسيج القرنية أو إلى الالتهاب الصديدي والتقرح .

العلاج : الأمر الأول هو إزالة الأسباب المهيِّجة ونزع المواد الغريبة من العين أو الأهداب المنقلبة ، وقطع كل ما يؤول إلى تهييج الالتهاب قطعاً تاماً ، ثم يقاوم الالتهاب والأعراض العصبية حسبما يأتي :

- يرتب العليل على ترتيب هيجيني يوافق مزاجه وظروفه من جهة السكن والأطعمة والملابس وما يشبه ذلك ، ويقطر في العين محلول الأتروپين الخفيف أو محلول المورفين أو الأيسيرين مرة ، أو مرتين ، كل يوم ولا يداوم على الأتروپين مدة طويلة ولا يكثر منه لئلا يحدث التهاب

الملتحمة[1] وتعصب العين بعصابة من نسيج صوف وتبقى معصوبة نهاراً ومكشوفة ليلاً . غير أنه يجب حلّها عدة مرات كل يوم لكي تغسل غسلاً / جيداً بالماء الفاتر ثم تعاد العصابة . [٩١]

وإذا اشتد الاحمرار وألم النور يرسل بعض العلق على الصدغ على بعد من العين . وإذا اشتكى العليل من حرارة العين توضع لها ضمادات باردة ، وغالباً يرتاح العليل من الغسل بالماء الفاتر أكثر مما يرتاح من الماء البارد ، أو يطرح إلى العين كبريتات المورفين الناعم نحو قمحة كل يوم مرتين عوضاً عن الأتروپين إذا اشتد الألم . وإن لم يكن المورفين ناعماً إلى الغاية يذوب بماء ثم يقطر في العين أو يطرح مذوب $\frac{1}{5}$ أو $\frac{1}{4}$ قمحة منه تحت جلد الصدغ أو الجبهة . وإذا كان العليل قوي البنية يعتمد على الوسائط المضعفة وإلا فتجتنب بحرص . وإذا كان ضعيفاً عصبياً يعطى الكينا والمورفين شرباً على كميات موافقة . ثم متى انكسرت شوكة المرض قليلاً يداوم المورفين شيافاً[2] ، ويستعمل هذا الضماد : بورات الصودا (كرام ١٠) ، خلاصة البنج (كرام ٥) ، مغلي الخطمية (كرام ١٨٠) .

يسخن منه قليلاً في فنجان مغموس في الماء الحار ويستعمل ضماداً نحو ٢٠ دقيقة كل ساعتين ، أو كل ثلاث ساعات ، أو مرتين كل ٢٤ ساعة ، حسب مقتضى الحال . وهذا الضماد كثير الإفادة في علل العين الالتهابية بعد انكسار حدة المرض . وقد سمي الماء الأسمر وسنذكره بهذا الاسم بدون تكرار ذكر أجزائه ، ومتى أزمن المرض يستعمل فيه مرهم أكسيد الزيبق الأصفر معمولاً ، كما ذكر آنفاً ، أي يرسب من مذوب بي كلوريده / بواسطة قلوي فتمزج قمحتان منه [٩٢] بدرهم من المرهم البسيط أو الفاسلين .

---

(١) يلاحظ أن المؤلف يذكر هنا التهاب الملتحمة التحسسي الذي ينجم عن استعمال الأتروپين = CONJUNCTIVITIS MEDICAMENTOSA .

(٢) شيافاً تعني مرهماً .

ثم إذا بقي شيء من الكمود بعد إزالة الالتهاب يستعمل هذا المرهم نفسه ويضاف إلى كل درهم منه نحو ٤ أو ٥ نقط من بلسم پيرو ، ويوافق أيضاً رش قليل من الكلومل في العين مرة كل يوم .

إذا حدث عن تراخوما لا يحتاج إلى علاج بنفسه بل يبرأ متى برئت التراخوما . في بعض الحوادث المزمنة توافق الذراريح وراء الأذنين أو خلال صغير في الصدغ .

٢ ــ كراتيتس حويصلي ، أو قوباوي ، أو قوباء القرنية :

أعراض هذا النوع شبيهة بأعراض قوباء الملتحمة الماضي ذكرها ، أي ظهور نقط ملتهبة مستديرة على نحو قدر بزر الخشخاش في طبقات القرنية السطحية مع هيجان القسم الهدبي . وهذا النفاط القوباوي يظهر أولاً على هيئة عقدة صغيرة مستديرة مكمدة في مادة القرنية ونافرة قليلاً فوق سطحها ، وقد تتكون حويصلة فيها سيّال مائي وربما انفجرت قبل مشاهدتها فيبقى موضعها شبيه بقرحة ذات حوافي حادة وعليها مادة صديدية أو دهنية ، وقد لا تتكون هذه الحويصلة بل تظلم العقدة ويطرح الأبيثيلوم وتتكون قرحة على قدر العقدة الأصلية ، وربما امتدت وتغيرت هيئتها . وتلك الحويصلات تظهر على أي قسم كان من القرنية ، وقد تكون مفردة وقد
تتعدد ، وكثيراً ما تتجمع عند حافة القرنية / وترافق قوباء الملتحمة وتظهر [٩٣]
أفواجاً أفواجاً .

إن هذا النفاط القوباوي يسبقه احتقان الملتحمة وشبكة حمراء من الأوعية الصغار تحت الملتحمة على سطح الصلبة حول القرنية ، وتكثر هذه الأوعية وتكبر بجوار الموضع المزمع أن تظهر فيه النفاطة . وقد يمتد الالتهاب حتى يصير وعائياً ، وتوصل بين النقاط على القرنية والأوعية المحتقنة في الملتحمة حزمة أوعية سميت القنطرة القوباوية وتصير النفاطة في رأس مثلث قاعدته في الملتحمة ، وتفقد هذه الهيئة إذا كثرت النفاطات وتجمعت .

من أول الأعراض : ألم العين وتدمع وفوتوبيا[1] وتشنج المحيطة الجفنية ، وهذه الأعراض قد تكون خفيفة وقد تشتد إلى أقصى درجة الاحتمال . أما البصر فيضطرب بسبب التدمع والمفرزات الالتهابية من الملتحمة لا سيما إذا كان النفاط تجاه الحدقة .

الأسباب : كل سبب خارجي يهيج الأعصاب الهدبية يحدث قوباء القرنية إن كان طبيعياً أو كيميائياً أو ميكانيكياً ، وقد يحدث مع القوباء في مواضع أخر أو من قبل تهيج فروع العصب الخامس أية كانت، فينعكس فعلها إلى الأعصاب الهدبية فيحدث قوباء القرنية كما يصير عند حدوث أكزيما أو علة أخرى جلدية في جوار العين أو غشاء الأنف المخاطي . وكثيراً ما يسبق الألم النقرالجي النفاط ، كما يحدث في كل أنواع القوباء .

وربما سبق النفاط نقرالجيا شديدة فوق الجبهة ، ومن هذا النوع تعد العلاجات الحريفة في أوائل التهاب الملتحمة ، أي في / أوائل أنواع [٩٤]
الرمد . وبعض الناس على استعداد خصوصي له لا سيما أصحاب المزاج الخنازيري والضعفاء والنهفاء المضطرون إلى أكل أطعمة رديئة . وكثيراً ما يظهر بعد التقشير في علل نفاطية مثل الحصبة والجدري والقرمزية وتسمى حينئذ رمداً حصبياً أو جدرياً أو قرمزياً .

أما سير هذا النوع فأوله احتراق وألم وخوف النور ثم ظهور الأوعية واحمرار الملتحمة ، ثم بعد يوم أو يومين ، تظهر العقد المشار إليها ويخف الاحمرار والهيجان العصبي .

أما التغيرات التي تصير في القرنية من قبله فيقتضي لها مدة أسابيع أو أشهر حتى تزول ، وكثيراً ما ينتكس العليل وتراجع العلة لا سيما بعد تضعيف الجسم بالتدبير المضعف والأطعمة غير الكافية .

وفي أصحاب المزاج الخنازيري الحقيقي ، أو غير الحقيقي أي الشبيه بالمزاج الخنازيري من قبل الضعف وسوء المعيشة وفي هؤلاء كثيراً ما ترم

---

(١) PHOTOPHOBIA = رهاب الضوء .

الغـدد الليمفاويـة العنقية ، وكثيـراً ما تشـاهد أطفـال لهم أسابيـع منتكسي الرؤوس مغمضي العينين خوف النور ، وإذا فتحت العين لا يرى شيء غير احمرار ليس بزائـد وهـالة ورديـة حول القـرنية . وغـالبـاً مـا تَكَلْفَرَ العليـل وكشفت العين جيداً ورمي عليها النورُ بالموارِبة ترى بعض النفاطات المشار إليها التي هي سبب الأعراض المذكورة .

أما المفرزات من الملتحمـة والتدمـع ومفرز الغشـاء المخاطي الأنفي الزائد الحريف فتكوي جلد الخد أو الشفة فيزال الأپثيليوم ويظهر أمپتيجو أو أكزيما تلك الأقسام . والاشتراك بين الغشائي المخاطي الأنفي والأعصاب الهدبية ظاهر في العطاس / والزكام وأكَلان الأنف وما يشبه ذلك . [٩٥]

هـذه العلة تبرأ إلى التمـام شيئاً فشيئـاً تحت العـلاج المـوافق ، وقـد تستعصي فتتعمق العقد أكثر فأكثر في نسيج القرنية وتمتلي القروح النـاتجة منها مادة بيضاء لا تزول حتى بعد زمان طويل ، أو لا تزول أبداً ، وقد تثقب بها القرنية وتخرج الرطوبـة المائيـة وتحصل عـواقب أخر رديئـة ذكرت في محلهـا . وإذا تكرر هـذا النوع مـراراً يتولـد پنوس[١] أي ضخـامة القـرنية وإظلامها مثل قطعة قماش[٢] . وقد يمتد الالتهاب إلى القزحية وقد تحدث منه تراخوما[٣] ، وذكر حدوث حول[٤] ونوع من الكمنة[٥] من إلغاء استعمال العين مدة طويلة بسبب ألمها من النور .

علاج هذا النوع شبيه بعلاج قوباء الملتحمة ، وهو ينحصر في القضايا السبع الآتية :

---

(١) PANNUS = سبل .

(٢) يخلط المؤلف هنا بين السبل الذي يسمى = PANNUS وبين كثافة القرنية وأعتامها .

(٣) يعود المؤلف مرة بعد أخرى ويذكر أن مرضاً ما قد يتطور إلى تراخوما ، وقد أشرنا في حينه إلى أن التراخوما هو مرض مستقل لا يتطور عن مرض آخر .

(٤) لعله يقصـد بذلـك الحول النـاجم عن عدم استعمـال العين = SENSORY EXOTROPIA SECONDARY TO DISUSE .

(٥) تطلق الكمنة في كتب الكحالة القديمة على الـ HYPOPION .

١ ـ ينبغي ربط العين بعصابة توقيهاً من الآفات الخارجية والمواد المضـرة ومن النور وتمنع حركاتها .

٢ ـ يعتنى بنظافتها غاية الاعتناء ، أي تغسل بالماء الفاتر مرات كل يوم أو بمغلي البابونج أو مغلي الخشخاش أو الماء والحامض الكربوليك كما تقدم .

٣ ـ تدهن الأقسام المجاورة ، أي الخدان والشفة العليا ، بمادة دهنية لمنع إيذائها من قبل المفرزات الحريفة .

٤ ـ يوضع في العين محلول الأتروبين أو المورفين أو الأيسيرين لأجل تسكين الألم والهيجان العصبي ، وهذه أكبر واسطة لتسكين الالتهاب . ولأجل تخفيف خوف النور تنزع الحويصلات بواسطة جفت الإثبات المسنن لأنه بعد انفجار الحويصلات بخف الألم / . [٩٦]

٥ ـ بعد تكسير حدة المرض يقطر في العين قطرة نيترات الفضة ٥ قمحات أو خلات التوتيا أو كبريتات التوتيا ٥ قمحات أو بي كلوريد الزيبق قمحة واحدة في ١ ﮟ ماء مستقطر أو مرهم الراسب الأحمر الماضي ذكره .

٦ ـ يستعمل في الخارج الماء الأسمر المذكور آنفاً .

٧ ـ مع الضعفاء تستعمل المواد المقوية مثل : الكينا والحديد مع المخدرات وزيت السمك حسب مقتضى مزاج العليل وصحته العامة ، ويرتب ترتيباً هيجينياً موافقاً له من جهة الأطعمة والملابس والمسكن والاستحمام البارد أو الفاتر أو البحري . فراجع ما قيل في هذا الشأن في فصل قوباء الملتحمة وإذا ظهرت أسباب ملارية ينقل إلى محل صحيح الهواء .

ومدح بعضهم في هذه العلة كلسيوم كبريتيت على جرعات تختلف بين ربع القمحة وعشر القمحة ، حسب عمر العليل ، يتناوله عدة مرات كل يوم ممزوجاً بقليل من سكر اللبن .

٣ ــ كراتيتس برنكمي أو متسع[١] :

هذه العلة شكلان :

الأول : كراتيتس متسع وعائي .

والثاني : كراتيتس متسع غير وعائي .

أما **الأول** فمن **أعراضه** ارتشاح مادة مظلمة سمراء أو مصفرة في القرنية مع أعراض التهاب ، وهذا الارتشاح يقع غالباً في بقع واسعة مستقلة . والإكمداد الحاصل من هذا الالتهاب يشبه أولاً سحابة[٢] صغيرة بادية عند حافة القرنية مادّةً نحو مركزها ، وأحياناً تبتدىء من المركز وتمد نحو المحيط . وتختلف كثافتها في الطبقات المختلفة ، تزيد في بعض المحال من القرنية وتخف في البعض ، فتصير حوافي البقع المظلمة / غير [٩٧]
واضحة ، وقد يشمل الالتهاب كل القرنية فتظلم كلها .

وفي سير المرض تتولد أوعية دموية في طبقات القرنية العميقة وتصالبها ويقطع بعضها بعضاً تظهر وقوعها في سطوح مختلفة عمقاً ومتى تجمعت تشبه نقطة دم مرتشح ، وفي بعض الحوادث تشبه منطقة دم منسكب حول حافة القرنية . وقد يرافق هذا النوع كراتيتس وعائي فترى الأوعية الدموية متفرعة على سطح القرنية أيضاً .

أما **الأعراض** التي يشكو منها العليل فهي ألم وخوف النور وهيبيريميا الملتحمة ونڤرالجيا ، وهي ليست بالنسبة إلى اشتداد العلة ، وقد تُفْقَد تماماً ، وبسبب إكمداد القرنية وخشونتها يضطرب البصر ، وهذا العرض هو الذي ينتبه العليل إليه أولاً إن لم يحصل هيجان في القسم الهدبي ينبهه .

سير هذه العلة مستطيل[٣] فربما اشتدت الأعراض قليلاً في أولها ثم تخف أعني خوف النور والتدمع والهيجان الهدبي والنڤرالجيا ، غير أن

---

(١) PARENCHYMAL KERATITIS .

(٢) سحابة قرنية = CORNEAL CLOUDINESS .

(٣) أي مزمن = CHRONIC .

اضطراب البصر يبقى وربما بلغ درجةً بحيث لا يرى العليل يداً تتحرك تجاه العين ، ثم تبلد العلة وتبقى على ذلك أسابيع عديدة أو أشهراً عديدة ، والعليل يزيد المرض بانتقاله من طبيب إلى آخر ، ومن دجال إلى آخر ، ثم بعد مكث نحو ستة أسابيع أو شهرين يبلغ أشده فيأخذ بالتناقص إن لم يعالج علاجاً مضراً أو يبقى على درجة واحدة مدة بعدما يبلغ أشده ، ثم يتناقص بالتدريج فتصفى القرنية من المحيط نحو المركز ولكنها لا تعود إلى صفائها الأول .

هذه العلة على الغالب من علل صغر السن ، وفي أكثر الحوادث تلتحق إلى الزهري الموروث[1] وكثيراً ما يرافقها علة / منيير[2] في الأذن [٩٨] الداخلية ووقوف نمو الأسنان القواطع المعروفة بأسنان هتشنسون[3] الدالة على الزهري الموروث .

الأسباب : هي الأسباب الخارجية المذكورة تحت الأنواع الماضي ذكره أو المزاج الفاسد كالخنازيري[4] والدرني[5] والزهري الموروث[6] أو المكتسب[7] ، ويظهر في كل عمر غير أنه يصيب بالأكثر الذين بين ١٢ و ١٥ سنة من العمر ، ويقلّ بين الأطفال وفوق ٤٠ سنة من العمر والبنات الضعاف المصابات بالكلوروس[8] والمقطوعات الطمث والمتاخرات البلوغ معرضات له بنوع خصوصي .

---

(١) لعله يصف هنا التهاب القرنية الخلالي = INTERSTETIAL KERATITIS التالي للإصابة بالزهري .

(٢) MENIERE'S DISEASE مرض عصبي يتظاهر بالدوار والغثيان ، وغالباً ما ينجم عن التهاب الأذن الداخلية ، وقد وصفه (PROSPER MÉNIÈRE) عام ١٨٦١ .

(٣) HUTCHINSON'S TEETH .

(٤) داء الخنازير هو التهاب العقد اللنفاوية الرقبية السلّي = TUBERCULAR CIRVICAL LYMPHADENITIS .

(٥) التدرن هو السلّ = TUBERCULOSIS .

(٦) الموروث = CONGENITAL .

(٧) المكتسب = AQUIRED .

(٨) الكلوروس يقصد بها = SCLEROSIS وهو التصلب ويا حبذا لو شرح أكثر من ذلك لفهمنا مقصده بالضبط .

والالتهاب الهدبي على الغالب يسبق سائر الأعراض ويخف مع ظهور العلة في القرنية نفسها ، وتزيد وتنقص العلة مدة أسابيع أو أشهر كما تقدم ، وقلّما يحصر في العين الواحدة بل يصيب الاثنتين ، الواحدة بعد الأخرى ، وكثيراً ما ينتكس ، وقد يرافقه التهاب القزحية والمشيمية . أما التهاب القزحية فربما اختفى بسبب إظلام القرنية وعند صفائها ترى القزحية لونها متغير مع التصاقها بالمحفظة البلورية أو بالقرنية ، والحدقة غير منتظمة . والدليل على اشتراك القزحية والجسم الهدبي في الالتهاب هي شدة الاحمرار وخوف النور والتدمع ونفرالجيا شديدة وسرعة ضعف البصر وتضيق ساحة البصر وألم في القسم الهدبي تحت الجس .

الإنذار : في الأطفال تزول غالباً البقع المظلمة . أما البالغون فالإنذار فيهم بالنسبة إلى مدة مكث العلة والالتهاب الداخلي . فإذا اشتدت العلل يعسر برء القرنية . وبعد زوال البياضة الظاهرة للنظر المجرد يبقى منه جانب يظهر بواسطة النور المتوارب وقد ظهر تحت المكرسكوب قطع جسيمات مظلمة / وكانت القرنية شفافة للنظر المجرد . ويخشى أيضاً من تقيُّح المواد [٩٩]
الحديثة الإفراز وذلك يحدث غالباً إذا تكونت بقع صفراً وبيض بالسرعة . وزعم بعضهم أن الحوادث التي تنتهي على هذه الكيفية ليست هي كراتيتس متسعاً .

العلاج : يسكَّن الهيجان العصبي بالأتروبين أو المورفين ، ويعالج على الإطلاق في أوله ، كما ذكر في النوع الوعائي ، ثم لأجل إزالة البقع البيض وإعادة شفافية القرنية فيعتمد على رشّ كلومل في العين مرة كل يوم ، أو كل يومين ، حسب الهيجان الوعائي الناتج أو مرهم أكسيد الزيبق ، كما تقدم ، أما البنوس[1] الذي يعقب هذا المرض بعد إزمانه فسنذكره على حدّته .

إذا كان العليل صاحب عقل ، واثقاً في طبيبه ، فالأَوْلى ترك كل علاج

---

(١) البنوس : السبل = PANNUS .

موضعي غير توقية العين من كل سبب مهيج مثل : النور الشديد والريح وسرعة تغير الحرارة والأطعمة والعوائد[1] المهيِّجة المضرة . وإذا ظهرت أعراض كيكليتس[2] أي التهاب القزحية والجسم الهدبي يرسل علق على الصدغ وتوضع الذراريح وراء الأذنين ويدلك جوار العين بمرهم الزيبق والبلادونا . وإذا اشتدت صلابة المقلة[3] تقطع القزحية حالاً كما في الكلاكوما .

وإذا كان العليل مصاباً بالزهري أو خشي اختلاط المرض بالزهري يعطي يوديد البوتاسيوم[4] . ولأجل امتصاص البياض في الدرجات الأخيرة يعين مرهم من يوديد البوتاس قمحتان منه في وقية طبية مرهم بسيط أو فاسيلين. وإذا كان العليل ضعيف البنية يعطى مستحضرات الحديد وزيت السمك والكينا والأشربة الكحولية ، ولا يبادر بإدخال المواد القابضة إلى العين بل تترك / إلى الدرجات الأخيرة لأجل إزالة العواقب أي إظلام [١٠٠] القرنية .

أما **النوع الثاني** : **أي كراتيتس متسع غير وعائي** : فيبتدىء بسحابة صغيرة في أواسط القرنية واحمرار وردي جزئي حولها ، وبعد نحو ١٤ يوماً تمد السحابة على القرنية كلها فتصير مثل الزجاج المخشن ، والأعراض الالتهابية جزئية. وهذا الشكل مستعصي أيضاً مثل الأول، غير أن الإنذار فيه أحسن مما هو في الشكل الأول لأن الاختلاطات الداخلية أندر وقوعاً معه . وقد تحدث إذا عولج بمواد حريفة .

أما **الأسباب** فكما في الشكل الأول .

أما **العلاج** فبسبب بلادة الأعراض ، يقتضي تهييجها قليلاً بمرهم

---

(١) يقصد بها العادات .

(٢) CYCLITIS هو التهاب الجسم الهدبي فقط . أما التهاب القزحية والجسم الهدبي فهو= IRDO-CYCLITIS .

(٣) أي ارتفع ضغط العين = GLAUCOMA .

(٤) يوديد البوتاسيوم رمزه KI .

الـراسب الأحمر والضمـادات الفاتـرة لأجل تهييـج الملتحمة قليـلاً وسائـر العلاج كما في الشكل الأول .

٤ ـ كراتيتس صديدي[١] :

لهذه العلة هيئتان يقتضي التمييز بينهما :

الأولى : **الهيئة الالتهابية** : فيها أعراض التهاب القرنية واضحة .

الثانية : **غير الالتهابية** : فيها يمد توليد الصديد وتقرح القرنية بسـرعة بدون أعراض التهابية .

والغرض ، **في الهيئة الأولى** ، هو تسكين الالتهاب وقطعه بـالوسـائط الاعتيادية لذلك . وأما **في الهيئة الثانية** ، **فالغرض** تهييج شيء من الالتهاب لأجل منع نكروسس[٢] القرنية ومنع تكوين الصديد في طبقاتهـا . غير أنـه بالفعل كثيراً ما تمتزج الهيئات فيقتضي مقاومة الأمرين المشار إليهما ، أي حصر الالتهاب ومنع النكروسس والارتشاح الصديد .

[١٠١] أما **الهيئة الالتهابية** : فأعراضها خوف النور وتدمع ونقرالجيا شديدة / في القسم الهدبي واحمرار ذلك القسم ، وتحيط بالقرنية هـالة حمـراء في النسيـج تحت الملتحمة مـع كيمـوسس وانقبـاض الحـدقـة بسبب هيجـان الأعصاب الهدبية . ثم يرى في مركز القرنية غالباً وتارة في محيطها مرتشح صغيـر المساحـة ، إما في الـطبقات السـطحية وإمـا في الغائـرة ثم يصفـر ويتقـرح ، وإذا تجمع الصـديد بين صفـائح القـرنية في أسفلهـا على هيئة الحِقاب[٣] سمي جزعاً ، وقد ينفذ إلى الرطوبة المائية فيتجمع في أسفل غرفتها فيسمى هيپوپيون ، وهذا الأخير يتولد أيضاً من التهاب غشاء دسماة ومن تسريئة إپثيليوم القزحية ، وقـد يظهـر هذا التجمـع في القرنيـة محمّراً لسبب اختلاطه بدم ، وهو أغلظ في وسطه ثم يسترق نحو حوافيـه . وبؤرة

---

(١) PURULENT KERATITIS .

(٢) أي تنخر القرنية = CORNEAL NECROSIS .

(٣) لم نعلم قصد المؤلف من هذه الكلمة .

الصديد قد تعم القرنية كلها وقد تشغل قسماً جزئياً منها . والمادة الصديدية في الأول شديدة فإذا ثقبت القرنية لا يخرج شيء ثم تلين غالباً من مركزها وأحياناً يبتدىء التليين في عدة مراكز منها معاً ، وإذا قطعت القرنية طولاً وعرضاً يرى أن هذا الصديد ليس في بؤرة واحدة بل بين صفائح القرنية وحزمها[1] .

أما الجزع فيمتاز عن الهيپوپيون بأن هذا الأخير يلامس القزحية ، وإذا نُظر إليه من فوق يُرى أن غلظه يوافق عمق غرفة الرطوبة المائية ، ويتحرك الصديد قليلاً بانحناء الرأس إلى جانب واحد[2] ومن ملامسة الصديد القزحية ربما أحدث أعراض التهابها .

[١٠٢] أما القروح المكونة في القرنية فمختلفة المساحة من قدر / حبة رمل صغيرة إلى قدر ما يشغل كل القرنية ، وقد يشغل التقرح الطبقات السطحية فقط ، وقد يتعمق حتى ينتهي إلى غشاء دسماة . وحوافي بعض القروح ملساء مستديرة وحوافي البعض مفرَّضة مسنَّنة وكثيراً ما تكسوها مادة دهنية شبيهة بالصديد أو بالجلاتين . وإذا حدث كراتيتس وعائي في جوارها تشاهد أوعية صغار على قعرها أو محيطة بها ، وإذا كانت على حافة القرنية والملتحمة فكثيراً ما يُرى فيها نتوءات لحمية ، وكذلك إذا ثقبت القرنية وخرج من الثقب بعض القزحية لونها مثل ما يشاهد في قرحة في موضع آخر ، وتنزف دماً بسهولة وتكثر فيها الأوعية الصغار ، ومتى طرحت المواد الصديدية بسرعة لا يظهر فيها ولا حواليها ظلام فترى القرحة شفافة نظيفة .

أما الهيئة غير الالتهابية فخالية من خوف النور والتدمع والألم . وعوضاً عن الألم من تلقاء النور تبان العين بليدة قليلة الحساسية ، وفي بعض الأحيان تعقب هذه الحالة نوبة نفرالجية شديدة في القسم الهدبي مع احمرار ثم يزول الألم فجأة وتظهر أعراض نكروسس القرنية فتتكون نقطة صفراء في

(١) تلاحظ دقة المؤلف في وصفه السريري للآفة وتوافق ذلك الوصف مع التشريح المرضي .
(٢) هذه العلامة أساسية سريرياً في تشخيص القيح في البيت الأمامي .

أواسط القرنية وما حولها شفاف عديم كل مرتشح ، وتلك النقطة تمد بسرعة إلى كل جهة وتحول طبقات القرنية حوؤلاً دهنياً فتصفرّ وتلين ويتكون صديد على سطح القرنية وفي طبقاتها الغائرة ، وربما مدَّ إلى غشاء دسماة فتتسرأ كرياته وتسقط في الغرفة المقدمة للرطوبة المائية فيتكون هيپوپيون ثم ترم القزحية ويتغير لونها إلى أصفر محمر وتلتصق بالمحفظة البلورية .

[١٠٣] إذا سارت العلة سيراً حسناً تظهر بعض الأعراض الالتهابية / واللون الأصفر يبيض نوعاً ، والمادة الصديدية تمتص ، ونسيج القرنية يتجدد . وإذا كانت المساحة التي أشغلتها العلة صغيرة ربما زالت كل آثارها وإلا فيبقى قسم من القرنية مظلماً . وإذا اشتدت العلة تؤدي إلى سينيخيا خلفية وأمامية ونكروسس القرنية كلها أو خراجة المقلة وضمورها[١] .

الأسباب : هي نفس الأسباب المهيِّجة الأنواع الأَخر من التهاب القرنية لا سيما الأسباب الميكانيكية والكيميائية[٢] وخاصة الجروح كما بعد استخراج الكتراكت ، أو من تعلق مواد غريبة في القرنية مثل قطعة فولاذ أو سبلة شعير[٣] أو ما يشبه ذلك . وقد يحدث نوع من هذا الالتهاب من قبل شلل الزوج الخامس أو نفرالجيا فيه ، فإذا كان الشلل جزئياً يكون الالتهاب جزئياً ، وإذا كان كاملاً تتقرح القرنية كلها وتسقط ، وربما تكون هذه العلة جزئية كانت أو كلية من أول الدلائل على عِلّة دماغية آلية . أي متى أصيبت أصول الزوج الخامس[٤] تعدم قوتها المتسلطة على تغذية القرنية فتفسد ، ويحدث أيضاً عقيب بعض العلل المضعفة مثل الحمى التيفوسية[٥] والهواء الأصفر والتهاب الدماغ[٦] والديابيت[٧] الخ .

---

(١) خراج المقلة = ENDOPHTHALMITIS وضمور المقلة = PHTHESIS BULBI .

(٢) في الأصل : كيمية .

(٣) سبلة : كلمة عامية تستعمل للتعبير عن سنبلة .

(٤) أي نواة الزوج الخامس في الدماغ .

(٥) TYPHUS FEVER .

(٦) ENCEPHALITIS .

(٧) الداء السكري = DIABETES MELLITUS .

إن الالتهـاب في هذا النـوع يمتد أحيـاناً إلى القـزحية وغشـاء دسماة فيحدث إكمداد الرطوبة المائية والتصاق القزحية بمحفظة البلورية وتـوضع مـواد غريبـة على سطح محفـظتها ، وربمـا نقل مفـرزات العين الداخليـة والخارجية فتـرتخي المقلة وتجف الملتحمة والقـرنية ويخشن إپثيليـومها أو يكسـوه مخاط لـزج وقد يحـدث من قبل اختنـاق أوعية القـرنية في الـرمـد الصديدي أو / الدفثيري كما تقدم ذكره . [١٠٤]

أمـا سير هـذا المرض فمختلف المـدة . فإذا حـدث من قبل أسبـاب مـزاجيـة ، أو كـان شـديـداً ، ينتهي أحيـانـاً إلى فسـاد القـرنيـة في بعض الساعات ، كما في الرمد الصديدي أو الدفثيري . أما الحادث من قبل آفة مصيبة الزوج الخامس فأبطأ سيراً . وربما يدوم الشلل مدة طويلة بدون أن تتأثر القرنية ، وربما فسدت في نحو أسبوعين ، وغالباً متى كان من قبل هذا السبب تظهر القروح أفواجاً وتبرأ الواحدة بعد الأخرى حتى تنتهي إلى فساد القرنية كلها .

إن الصديد في خراجة القرنية قد يمتص فتزول تماماً ولا يبقى لهـا أثر لا سيما في الأولاد . أما في البالغين فقلّما تنتهي إلى هذه النهايـة السليمة ولا سيما إذا كانت كبيرة ، وغالباً يبقى بعدها بياض غليظ مسـاحته بـالنسبة إلى مساحة القرحة ، وقد يعمّ كل القرنية وتتحول إلى مادة مثل مادة الأوتار فيفسد البصر وتضمر العين ضماراً . وقـد يتحول بعض الصـديد إلى مـادة دهنية كلسية تظهر بعد حين في أقسام القرنية . أما الجزع فإن كان صغيـراً يمتص الصديد ويزول وإن كان كبيراً يبقى بعده في الغالب بياض .

متى بلغ قعر القرحة غشاء دسماة فكثيراً ما يدفع هذا الغشاء إلى القرحة فيظهر إلى الخارج على هيئة حويصلة صغيرة شفـافة عنـد قمتها[١] وذلـك ينتهي إلى ثقب القرنية وخروج الرطوبة المائية . وإذا كانت القرحـة واسعة تسـترق بها مسـاحة واسعـة من القرنيـة فيدفـع القسم المسترق إلى الأمـام وتكون / قمة الحدبة الناتجة تجاه أرق القرنية ، وربما يعسر انطباق الجفون [١٠٥]

---

(١) وتسمى (أدرة) أو قيلة غشاء ديسمة = DESCEMETOCELE .

عند حدوث هذا النفور وهو يزيد من تلقاء زيادة الضغط داخل العين من قبل نزع الموازنة بين الإفراز والارتشاح داخل العين ، أو من قبل تشنج عضلات المقلة . وعند حدوث ثقب القرنية تدفع القزحية إلى القدام بواسطة الرطوبة المائية خلفها . وإذا كان الثقب صغيراً ربما لا يظهر شيء من القزحية إلى الخارج بل تلتصق بحوافي الثقب فتسده ، وذلك يحدث على هيئات مختلفة حسب مجلس الثقب ومساحته . وإذا كان الثقب في وسط القرنية قد تندفع البلورية إلى الأمام فتلتصق بحوافي الثقب فَتَنشتِرُ الحدقة أكثر وأقل ، أو تتوجه إلى جهة من الجهات غير الأمام ، فيحصل من ذلك اضطراب زائد في البصر ، وقد يحدث عند تجديد الرطوبة المائية . أن القزحية تدفع إلى الوراء فيفتق التصاقها بالثقب وتعود إلى أصلها ولا يبقى أثر منها على القرنية ، أو تبقى بعض الخيوط فقط من ذلك غير أن هذه النتيجة الحسنة لا تحدث إذا كانت مساحة الثقب في طبقة القرنية الخلفية أوسع من حبة الدخن .

إذا وقع الثقب في قسم القرنية الأوسط تجاه الحدقة وهي منقبضة تدفع القزحية والرطوبة البلورية إليها وتلتصق حافة الحدقة ومحفظة البلورية بحوافي الثقب ، وقد يحدث ما ذكر آنفاً عند تجديد الرطوبة المائية ، أي تدفع القزحية والبلورية إلى خلف وينفتق الالتصاق بعض الفتق أو تظلم المحفظة وتتمدد وتتمغط وتبقى ملتصقة بالقرحة بنقطة منها فيتكون ما سُمي / كتراكتاً هرمياً . [١٠٦]

وإذا وقع الثقب بين مركز القرنية وحافتها تقبض الحدقة عند فراغ الرطوبة المائية وتدفع القزحية إلى الثقب ، وإذا كان واسعاً يخرج بعضها إلى الخارج ثم تتجدد الرطوبة المائية خلفها فتدفعها أكثر فأكثر حتى تظهر القزحية مثل حويصلة على سطح القرنية نافرة منها وهذا ما سمي فتاق القزحية[١] أو أدرتها[٢] ، وربما انفجرت مرة أو مرتين أو تلتحم بحافة الثقب وتسده .

---

(١) فتاق القزحية أو تفتق القزحية = IRIS PROLAPSE .

(٢) الأدرة هي : القيلة أو الوذبة وتسمى = IRIDOCELE .

وإن لم تفتق ، أو كان الفتق غير تـام ، فبعد الالتصـاق بحافـة الثقب تكتسي مادة فيبرينية على سطحها يسد بها الثقب بدون نفور القزحية وتجذب الحـدقة إلى نحـو مـوضـع الثقب فتنتشـر إلى جهـة واحـدة وتفقـد هيئتهـا المستديرة . وإذا كان الثقب كبيراً واسعاً ينفر قسم كبير من القزحية فيحدث ما سُمي ستافيلوما القزحية[1] أو العنبية وتكتسي مادة بيضاء مظلمة تعم كل القرنية فضلاً عن النفور الحادث . وقد تكـون الستافيلومـا كلية شـاغلة كل القرنية منخفضة في وسطها قليلاً أو تلتصق بعض الخيوط الفيبرينية بمحفظة البلورية فيصير سطح الستفيلوما بذلك ذا مرتفعات ومنخفضات وسمي ذلك ستفيلوما عنقودية[2] .

أمـا **علاج الهيئـة الالتهابيـة** : فيستلزم اجتناب كـل المواد الحـريفـة المهيجة فيقتضي أن يقطر في العين محلول الأيسيرين أربع ، أو خمس ، مـرات كل يـوم ويـرسـل بعض العلق على القسم الصـدغي ويسكن الألم والتشنـج بحقن المورفين تحت الجلد وبضمـادات المـاء الأسمـر وتعصب العين ، وعندما يرى مجتمع صديد في القـرنية فـإن لم يفتح إلى الخـارج سريعاً يجب فتحـه برأس سكين /لاستخـراج الكتراكت . وإن خشي ثقب [١٠٧] القـرنيـة يجب ثقبهـا بـإبـرة دقيقـة تمـر بقعـر القـرحـة حتى يخف الضغط الـداخلي ، وإذا كان الهيپـوپيون كبيـراً يجب فتحه بـإبره كبيـرة ليس طمعاً باستخراج الصديد بل لأجل تخفيف الضغط الداخلي عن نسيج القرنية . أما الوضعيات الفاترة أو الغسل بالماء الفاتر فيداوم بالمواظبة ما دامت النڤرالجيا الهدبية ، ومتى خفت تلك يستعمل الغسل بالماء الفـاتر أقـل أو بما يكفي للتنـظيف فقط ، وإذا كان مجلس الخـراجة أواسط القـرنية وخشي نفـوذها يقتضي قطع القزحية حالاً لأنه إن تركت لنفسها لا بد من تكوين بياضة كبيرة تستلزم فتح حدقة اصطنـاعية بعـد حين ، وقطع القـزحية يعين على شفـاء

---

(١) STAPHYLOMA .

(٢) لا نعلم إن كان التعبير لا يزال مستعملاً . . . غيـر أن الترجمـة التقريبيـة للغة الإنكليـزية هي = CLUSTER STAPHYLOMA .

المرض بتخفيف الضغط الداخلي . وهذا العلاج مع قطع الأسباب ومراعاة ظروف العليل الصحية وبنيته ومزاجه يوافق سري(١) المرض فيأخذ بالتناقص تدريجياً فيقارب في طبيعته الهيئة غير الالتهابية .

أما **علاج الهيئة غير الالتهابية** : ففيه تجتنب كل الوسائط المضعفة مثل الوضعيات الباردة والعلق بل يؤخذ بتهييج الملتحمة بالوضعيات الفاترة فيحصر بذلك المرتشح الصديد(٢) ونكروسس القرنية ، ومدح بعضهم مذوف(٣) البابونج على درجة ٩٥ و ١٠٤ تبدل كل خمس دقائق ، ودرجة الحرارة بالقلب(٤) كأعراض الالتهاب ، أي كلما كانت الأعراض الالتهابية قليلة تُرفع حرارة الوضعيات . ومتى ظهر علامة الفصل بين القسم المصاب من القرنية والقسم الصحيح منها تقلل الوضعيات المشار إليها وتنقص حرارتها وربما اقتضى بدلها بالوضعيات الباردة لأجل حصر الالتهاب الذي / [١٠٨] قد تهيج بالوضعيات الحارة ، وعند الكف عن الوضعيات الحارة وفي الفترات بين أوقات استعمالها يقتضي ربط العين وتسكين الألم بحقن المورفين تحت الجلد ، وإذا ظهرت أعراض التهاب القزحية أو هيپوپيون فالأولىٰ قطع القزحية حالاً واستعمال ماء الكلور ضماداً ، أما محلول أملاح الرصاص فتجتنب بحرص في كل نوع من تقرح القرنية ، ويوافق قطر محلول الأتروپين إلى العين لأنه مسكّن(٥) ويخفف الضغط الداخلي ولا سيما مع وجود التهاب القزحية وإذا كان مجلس القرحة بقرب مركز القرنية .

إذا التحقت العلة إلى شلل فرع من الزوج الخامس ، أو علة في الزوج

---

(١) لعله يقصد بها (سير المرض) .

(٢) PURULENT EXUDATES .

(٣) يقصد بذلك منقوع أو محلول .

(٤) يقصد بذلك (عكس) أعراض الالتهاب .

(٥) ليس للأتروپين فعل دوائي مسكن . . . وإنما يحصل التسكين نتيجة توسيعه الحدقة وشلّ العضلة الهدبية المتشجنة وبالتالي يخف الألم .

الخـامس ، ينبغي أن تعصب العين وتفـك عـدة مـرات كـل يـوم للغسيـل والتنظيف ثم تعاد العصابة ، وهذه الواسـطة على الغالب كـافية إن لم تكن العلة قد سارت إلى درجة التقرح العميق ، وفي القروح البليدة يـوافق هذا المرهم تحت كبريتات الزيبق[1] ما بين ٤ و ٨ قمحات ، بلسم پيرو ست أو عشر نقط ، مرهم بسيط أو فاسلين درهم ونصف . وكذلك مرهم الـراسب الأحمر مع إضافة قليل من بلسم پيرو .

في الهيئة غير الالتهابية: ينبغي إنهاض[2] قوى العليل بالأطعمة الجيدة والمنبهات والمقويات مثل : الحديد والكينا والحوامض المعدنية ، وربمـا يستلزم الأمر تكرار بزل القرنية عدة مرات ، وإذا كانت القـرحة بليـدة جداً ربما أفاد قطر خمر الأفيـون إلى العين أو صبغة الأفيـون المخففة أو مسهـا بنترات الفضة إذا كانت على غاية البلادة .

إذا ظهر فساد القرنية كلها يعجل توليد الصديد بـالوضعيـات / الفاتـرة [١٠٩]
توفرة لقوة العليل ، ومتى ظهر محل من القـرنية مستـرقاً يحـذر من اندفـاع طبقاتها الخلفية بسبب الضغط على العين الداخلي أو بسبب تشنج عضلاتها فيقاوم بالبزل والعصابة .

إذا نَفَرت القزحية إلى الخارج[3] لا يطمع بإعادتها بل يجب قطع القسم النافر منعاً لالتهاب القزحية كلها ، ثم تعصب العين . ولا يجوز كي القسم النافر ولا التحاول بترجيعها بواسطة آلات .

---

(١) تحت كبريتات الزئبق H_gSO_4 .

(٢) يقصد بها تنشيط المـريض ، ولعله يقصد بـذلك تحـريض القوة المنـاعية الـطبيعية عنـد المريض . . . وقد كانت الكينا من الأدويـة التي تستعمل في معـالجة المـلاريا وبـالتالي تعممت الفكرة أن الكينا من الأدوية المقوية .

(٣) أي إذا حصر تفتق القزحية = IRIS PROLAPSE .

الفصل الثاني عواقب الكراتيتس[١]

١ ــ في سبل القرنية[٢] ـ الجوخة[٣] ـ كراتيتس سطحي[٤] :

هو غشاوة وعائية تغشي سطح القرنية ابتدائها كراتيتس مزمن فتتكون كريات جديدة تحت الأپيثيليوم ، وربما تحولت إلى نسيج موصل ذي أوعية دموية . وتلك الأوعية إما وريدية مكونة من إطالة أوردة الملتحمة متشبكة متعارضة تكسو أكثر القرنية أو كلها ، وإما شريانية وهي مستقيمة متوازية متفرعة من أوعية الهالة الوردية تحت الملتحمة على حافة القرنية والقسم الهدبي . وإذا كثرت تلك الأوعية يكون السبل أحمر اللون وارماً ، وهو السبل الغليظ ، وإذا قلَّت وتفرقت يكون السبل أضعف لوناً وهو السبل الرقيق .

من أعراض السبل الحار احمرار الملتحمة واحتقانها وخوف النور وتدمع . أما المزمن ففيه تقل حساسية العين إلاّ نوباً ، وسطح القرنية خشن مظلم غير مستوٍ أبيثيليومها متضخم / أو مطروح عن بعض أقسامها ، وقد [١١٠]
يؤدي ذلك إلى ثقب القرنية ويستفيلوما أو سينخيا مقدمة ، وكثيراً ما تسترق القرنية فتدفع إلى الأمام بالضغط الداخلي . فلو صَفَتْ وشفت بعد حين يبقى البصر مضطرباً بسبب تغير كروية القرنية[٥] .

الأسباب : هي التهاب القرنية المزمن من قِبَل أي سبب كان ، والأكثر وقوعاً هو التراخوما كما تقدم . ويحدث أيضاً من قبل أنواع الرمد لا سيما الرمد الصديدي ، ومن قبل الآفات الميكانيكية ، أو إدخال مواد كاوية أو

---

(١) KERATITIS SEQUELLAE .

(٢) PANNUS .

(٣) الجوخة : لم نعثر على أي معنى لهذا التعبير وربما كان تعبيراً وصفياً .

(٤) SUPERFICIAL KERATITIS .

(٥) يعني المؤلف هنا أن التغير في انحناء القرنية يؤدي إلى تشوُّش في الرؤية .

حريفة إلى العين لا سيما طين البناء[١] . ومن أسبابه الرمد القوباوي وعواقبه مثل تغليظ الغضروف الهلالي وانحراف الأهداب إلى الداخل[٢] ، وتشنج المحيطة الجفنية وتكوين مواد كلسية في فوهات غدد ميوبوميوس ، فكل هذه الأسباب تؤدي إلى إحداث كراتيتس على درجات مختلفة تؤدي إلى سبل القرنية ، فإذا ترك لنفسه تارة يهيج وأخرى يسكن حسب وقوع الأسباب المهيجة ، أو عدم وقوعها ، ويسير على ذلك أشهراً وسنين حتى يفسد البصر تماماً . وإذا كان حديث العهد وقابل إزالة الأسباب ولم يزل رقيقاً فيقبل البرؤ أو التخفيف بواسطة العلاجات الموافقة .

في قوباء القرنية قد تتعدد الحويصلات القوباوية بقرب مركز القرنية من تلقاء نفوذ الكريات البيض تحت الأيبثيليوم ويصدر من ذلك تكثير الأوعية الدموية في أكثر القرنية وقد سمى بعضهم هذا النوع السبل الخنازيري .

العلاج : ذكر من أنواع السبل في أواخر الفصل الثامن من علل الملتحمة التلقيح والتحليق وقطرة التربنتينا / فلا داعي لتكرار الكلام بتلك [١١١]
الوسائط هنا . فبعد إزالة الأسباب مثل شترة أو بردة أو سلاق أو غير ذلك يعتمد على الوسائط المذكورة أو قطرات أو مراهم تهيج التهاباً كافياً لتنبيه الامتصاص مثل مرهم الراسب الأحمر أو قطرة بورات الصودا ما بين خمس وعشر قمحات منه في ثمانية دراهم ماء مستقطر أو رش كلومل أو يودوفورم[٣] إلى العين ، وينبغي الاحتراس من زيادة الالتهاب لأن قليله ينفع بتنبيهه الامتصاص وكثيره يضر بارتشاح مواد مظلمة فوق الموجودة .

قد يحدث مع السبل ألم شديد في المقلة شبيه بألم الكلاوكوما من قبل

---

(١) لعله يقصد هنا فحمات الكلسيوم أي طين الكلس الذي يستعمل في طلي جدران البيوت ، والذي يشكل خطراً كبيراً على العين نظراً لكونه قلوي كاوٍ شديد .
(٢) الشتر الداخلي = ENTROPION .
(٣) يودوفورم = IODO FORM ، رمزه الكيميائي CHI_3 وهو مسحوق مبلور أصفر رائحته كريهة يستعمل كمطهر خارجي .

اشتداد المقلة ، فعند حدوث شيء من ذلك ينبغي قطع الصلبة أو قطع القزحية كما سيأتي في الكلام عن الكلاوكوما .

٢ ــ قروح القرنية[١] :

من عواقب الكراتيتس قروح القرنية ، وقد سبق ذكرها مراراً في الفصول السابقة لكونها حادثة عن العلل المذكورة في تلك الفصول فلنذكر هنا بعض القضايا العامة والخاصة المتعلقة بطبيعتها وبعلاجها .

إن قروح القرنية متفاوتة الإضرار على البصر بالنسبة إلى عمقها ومجلسها ومساحتها ، وهي تارة حادة سريعة السير وأخرى على غاية البطء[٢] والبلادة . أما مجرد إزالة الأبيثيليوم من القرنية إن كان من قبل إذاء ميكانيكي أو انفجار حويصلة قوباوية فلا تعد قرحة إن لم تؤدِّ إلى تليين بعض نسيج القرنية نفسها . وإشارة التقرح هي ورم / حوافي الحويصلة [١١٢] واكمدادها ثم اصفرارها واتساع مساحتها وتعمقها مع تدمع وخوف النور ونفرالجيا القسم الهدبي واحمراره . وعندما تأخذ القرحة بالاندمال تخف الأعراض ، المشار إليها ، والنسيج الجديد المالىء القرحة قد يشبه نسيج القرنية الطبيعي الصحيح ولكنه على الغالب غير شفاف فيبقى في محل القرحة شيء من البياض . وهذا الاندمال تارة سريع وأخرى بطيء يدوم عدة أشهر قبل ما يتم البرء ومما يدل على سير القرحة نحو الشفاء ظهور بعض الأوعية الدموية من شرايين وأوردة على القرنية تنتهي في القرحة ، وهي إما للامتصاص وإما لوضع المواد الجديدة وعند تمام البرء تزول[٣] .

ومن أشكال قروح القرنية **القرحة العميقة** ، وهي عريضة من الخارج تضيق نحو قعرها مثل القمع وهذا الشكل مستعصي جداً لا يذعن للعلاج حتى بعد ثقب القرنية وعند ذلك تأخذ بالاندمال .

---

(١) CORNEAL ULCERS .

(٢) في الأصل : البطوء .

(٣) التنمي الوعائي = NEOVASCULARIZATION من أهم علامات بدء التئام الجروح . . . وحالما تتشكل الندبة الليفية = FIBROUS SCAR تزول تلك الأوعية .

ومن أشكالها **القرحة الهلالية** أو الآكلة[1] تبتدي بقرب حافة القرنية وتمد مثل ثلم حتى تشغل أكثر محيط القرنية أو كله ، وهي مستعصية شديدة الخطر تستدعي بزل الرطوبة المائية أو قطع القزحية أو قطع الصلبة لأجل رفع الضغط الداخلي . وعلى الغالب يقتضي إنهاض قوى العليل بالمقويات والمنبهات والأطعمة الجيدة والحوامض المعدنية والنباتية ولا سيما إن لم تظهر أعراض الهيجان العيني مثل تدمع وخوف النور ونفرالجيا واحمرار فعند ذلك يكون الخطر من نكروسس القرنية شديداً جداً / . [١١٣]

ومن أشكالها : **القرحة البليدة في الأشياخ مع هيپوپيون** ، ابتداؤها في أواسط القرنية مثل الكراتيتس الصديدي غير الالتهابي الماضي ذكره فينتهي سريعاً إلى قرحة عميقة أسفاقلوسية مع هيپوپيون ، وربما رافقها التهاب القزحية . أما القرنية في جوار القرحة فعلى الغالب شفافة أو مكدرة قليلاً .

ومن أشكالها : **القرحة الشفافة** حوافيها وقعرها وجوارها شفافة خالية من الكدر وعديمة الأوعية[2] ، وهذا النوع مستعصٍ أيضاً بطيء السير غير أنها تبرأ سريعاً إذا تنبهت حتى تتكون فيها أوعية دموية .

إذا نفذت القرحة في نسيج القرنية حتى تبلغ طبقاتها العميقة تندفع تلك الطبقات إلى الأمام مع غشاء دسماة فتتكون حويصلة شفافة مثل نقطة دمعية على سطح القرنية[3] ، وهي عن قريب تنفجر فتتكون قرحة ثاقبة أو ناسور القرنية من كون غشاء دسماة مبطن الثقب مانع اندماله .

إذا كان ثقب القرنية تجاه مركز الحدقة تدفع البلورية إلى الأمام وتتكون كتراكت محفظي مركزي بالتصاق المحفظة بحوافي الثقب ، ثم عندما تتجدد الرطوبة المائية تندفع الرطوبة البلورية إلى الوراء فينفصل الالتصاق ،

---

(١) لعله يصف هنا MOOREN'S ULCER .

(٢) NONVASCULARIZED ULCER كما هي في حالات ذوبان القرنية = CORNEAL MELTING) .

(٣) DESCEMETOCELE .

وأما الكتراكت فيبقى . وإذا كـان الثقب بين مركـز القرنيـة وحافتهـا تدفـع القزحية إليه فتلتصق بحوافيه ، وذلك يحدث سينيخيا مقدمة دائمة مع شتر الحـدقة حسب مجلس الثقب ، أو إذا كـان الالتصاق جـزئياً ينفصـل عنـد تجديد الرطوبة المائية .

[١١٤] إذا كان الثقب واسعاً ربما اندفعت القزحية ونفذت من / الثقب فتتكون عنبية القزحية أي ستفيلوما ، ثم يربى عليها نسيج ندبي مظلم فتبقى بياضة مستمرة ربما تفسد البصر ، أو إذا كانت على جانب واحد يبقى محل لفتح حدقة اصطناعية تجاه قسم القرنية الشفاف .

أما **علاج قروح القرنية** فمتوقف على درجة الالتهاب المرافقة لها ، فإن كان الالتهاب كثيراً يجب تنقيصه وتخفيفـه ، وإذا كان نـاقصاً يجب تنبيهـه قليلاً ، وربما عسر حصره في الدرجة اللازمة للبرء ، لأنه إذا زادت المواد الالتهابية المرتشحة وإن قلَّ خيف نكروسس القرنية ، فمن أول الأمر يوضع العليل في محل مهوّى تحت ظروف صحيـة مناسبـة ويوقى من شـدة النور والرياح والبرد والحر وتزال الأقذار من القناة الهضمية بواسطة مسهـل كاف ويجعل كل تدبيره على ما يلزم إما لإنهاض القوى الحيوية لأجل تنبيه العين وإما لحصر الالتهاب وتخفيفه حسب المبـادىء المتقدم ذكـرها . كـذا في العلاج الموضعي فيخفف الألم بحقن المورفين تحت الجلد وبالماء الأسمر.

وإذا كـان مجلس القرحـة تجاه مـركز القـرنية وجب تـوسيع الحـدقـة بالأتروپين منعاً لالتصاق الحدقة بحافة القرحة عند حدوث الثقب .

وإذا كـان مجلسها على جـانب وجب تضيق الحدقـة بالأيسيـرين منعاً للعاقبة المشار إليها نفسها .

وإذا خيف الثقب من التقرح يجب ثقب قعر القرحة بـإبرة دقيقـة حتى تفـرغ الرطـوبة المـائية ، وإذا وجـد هيپوپيـون وكـانت القـرحـة من النـوع الساري ، المشار إليه آنفاً ، وجب ثقبها بإبرة غير عريضة أو قطع القزحية .

[١١٥] وفي هذا النوع ينبغي الاعتمـاد على الضمادات الفـاترة والمقـويات /

وربمـا استلزم الأمر عمليـة (سامش)[1] لأجـل تخفيف الضغط الداخلي ، وهي أن يمر سكين (ڤون كـريفي)[2] من جانب القـرحة الـوحشي في القسم الصحيح من القرنية في الرطوبة المائية إلى النقطة المتقابلة على الجانب الأنسي في قسم صحيح من القرنية ، ثم يدار حدّ السكين إلى الأمام وينفذ بحيث يقطع قعر القرحة ويدار السكين حتى تنفـذ الرطـوبة المـائية تـدريجياً ثم تعصب العين ، وكل يوم مرتين يفتح الجفن بواسطة مسبر دقيق أو بسكين (ويبر)[3] لشق القناة الدمعية ويقطر محلول الأتـروپين في العين كل يـوم ويبقى على ذلك وعلى فتح الجرح حتى تبتدي حافة القرحة تضيق وتـرم وتظلم وعنـد ذلك يترك الجرح حتى يبرأ وذلك يحدث على الغالب في الأسبوع الثاني أو الثالث . وبعد زوال أعراض الالتهاب والهيجان يتم العلاج بمرهم الراسب الأحمر .

وفي بعض القروح المستعصية يفيد تحليق القرنية ، كما تقدم ذكره ، وربما يعين على شفائها خلال في الصدغ .

إذا حدث **استفيلومـا القـزحية** وكـانت صغيرة ربمـا تعود القـزحية إلى مـوضعها بـواسطة الأتـروپين أو الأيسيرين وعَصْبُ العين وإلَّا فيجب قـطع القسم النافر ، ولا يجوز كيُّه بالكاويات لئلا يتهيج التهاب القزحية يمد إلى

---

(١) عملية (سامش) : لم نجد ترجمة لهذا العالم أو عمليته في المراجع المتوفرة لدينا .

(٢) (ڤـون كريفي) = ALBERCHT VON GRAEFE (١٨٢٨ ـ ١٨٧٠) طبيب عيـون ألماني شهير ، وكان أول بروفسور لطب العيون في جامعة برلين . وكان رغم صغر سنه بارعاً في استخدام الآلات الجراحية وأدوات الفحص وتطبيقها . وكان أول من فتح باب فحص قعر العين (بالمرآة العينية) على مصراعيه . وكتب بإسهاب عن التظاهرات العينية لعدد كبير من الأمراض الجهازية = SYSTEMIC DISEASES ، وهو الذي أنشأ جمعيـة أطباء العيـون الألمـانيـة في (هـايـدلبـرغ) عـام ١٨٥٧ ، كـمـا أنشـأ مـجلة (ARCHIV FÜR OPHTHALMOLOGIE) عام ١٨٥٤ . (ديوك إلدر ٧/٢٣٣) .

(٣) (WEBER) اخترع أول جهاز لقياس ضغط العين بتسطيح مساحة معينة من سطح القرنية عام ١٨٦٧ . ثم جاء بعده عام ١٨٨٥ ماكلاكوف (MAKLAKOW) واخترع جهازه الذي استعمل لفترة لا بأس بها . (ديوك إلدر ٧/٣٤٩) .

المشيمية وغيرها من أقسام العين الداخلية ، وكثيراً ما تحدث أعراض كلاوكوما بعد فتق القزحية وهي وحدها تستلزم قطع القزحية أو قطع الصلبة .

أما **ناصور القرنية** من التصاق غشاء دسماة بالثقب فيجعل العين حمراء سهلة الهيجان ويعرف بزوال الغرفة المقدمة للرطوبة المائية[1] ، وترى من وقت إلى وقت نقطة ماء نافذة من الثقب . / أما **علاجه** فبقطع القزحية أو [١١٦] بإدخال جفت دقيق في الثقب حتى تجرح حوافيه ، ثم يقطر محلول الأتروپين في العين وتعصب ، وقد مدح بعضهم استعمال الأيسيرين مدة لأجل شفاء ناسور القرنية .

٣ ــ بياض القرنية[2] :

إذا كان ظلام القرنية جزئياً رقيقاً سُمِّي غماماً[3] ، وإذا كان غليظاً سُمِّي بياضاً أو ليوكوما[4] وكلا الشكلين حاصل من تغيرات التهابية إلا الغمام الرقيق الوقتي الحادث فجأة في بعض أنواع الكلاوكوما من تلقاء زيادة الضغط الداخلي[5] المؤثرة في تغذية القرنية بواسطة ضغط الأعصاب . والظلام الالتهابي إما سطحي وإما عميق أو برنكيمي ، أما **السطحي** فمن قبل تضخم كريات الأپثيليوم وتجمعها وحؤولها دهنياً ، وهو مزرق اللون غير منتظم الشكل يظهر بالنور المتوارب إن لم يظهر بالنور العمودي وهو من عواقب الكراتيتس السطحي المرافق الشعرة أو التراخوما أو القروح السطحية .

أما **البياض العميق أو البرنكيمي** فتارة يشغل قسماً صغيراً من القرنية وأخرى يكسوها كلها ، واللون مزرقّ أو أزرق مبيضّ أو مصفرّ ، حدوده غير واضحة ، وتارة يظهر على سطح البياضة نقط مثل الطباشير منتثرة عليها هي

(١) FLAT ANTERIOR CHAMBER .

(٢) CORNEAL SCAR .

(٣) CORNEAL HAZE .

(٤) LEUKOMA .

(٥) وذمة القرنية التالية للزرق = CORNEAL EDEMA SECONDARY TO GLAUCOMA .

بقايا حويصلات قوباوية كانت أو غير قوباوية ، وتارة ترى بياضة على سطح القرنية الخلفي على هيئة هرم قاعدته إلى الأسفل[1] وهي من قبل ارتشاح ليمفافي[2] سير التهاب داخل العين . وهذه الأنواع كلها قد تمتص وتزول فتعود القرنية إلى شفافتها أو يبقى من البياض شيء قليل لا يضر البصر كثيراً .

أما **البياض الحاصل من قرحة ثاقبة القرنية** فهو نسيج ندبي لا يزول ولا سيما إذا رافقه سينيخيا مقدمة / . [١١٧]

كثيراً ما ترافق بياض العين أعراض مزعجة من هيبيريميا الأقسام المجاورة وألم وخوف النور ، وهذه الأعراض دالّة على هيجان مرافق البياض . أما اضطراب البصر فبالنسبة إلى مجلس البياض ومساحته والتغيرات الداخلية صادرة عن الالتهاب السابق مثل سينيخيا ، أو تزحزح الرطوبة البلورية ، أو تغير تحديب القرنية . وإذا أصيبت العينان فكثيراً ما ينكف البصر وربما حدث حَوَل إذا كانت العين الواحدة أضعف من الأخرى ، أو كان البياض على العين الواحدة . والبياض الواسع المساحة كثيراً ما يحدث نستاغموس[3] أي اختلاج المقلة المستديم .

أما **علاج بياض العين** فقد سبقت الإشارة إلى الأعراض في انتخاب أصناف المواد العلاجية وتلك الأعراض هي :

١ ـ تهيج التسرئة والامتصاص قليلاً حتى يطرح الأبيثيليوم وتمتص المادة المظلمة على قدر ما يمكن .

٢ ـ في البياض غير القابل الامتصاص الغرض هو حصر اضطراب البصر أو تخفيفه أي الحاصل من العلل المتقدم ذكرها .

٣ ـ منع عواقب اضطراب البصر وهي العواقب المشار إليها آنفاً .

---

(١) يصف هنا الـ KERATIC PRECEPITATES = KP'S .

(٢) يقصد بها لمفاوي = LYMPHATIC .

(٣) الرأرأة = NYSTAGMUS .

١ ـ أما الغرض الأول فاستُعمِلت له مواد لا تحصى عدداً من شيافات وأكحال وقطرات ودهونات ، وكل صعلوك مغربي وكل مشعبذ عجمي وكل نصاب لا يُعرف له أصل[١] يجول من بلدة إلى أخرى ينادي دواء للسبل ، دواء للبياض ، دواء لكل علة وفي كل مكان يجدون من يسلم عينيه لهم . وقد سبقت الإشارة إلى مبدأ علاج أنواع البياض أي تهييج العين قليلاً إلى درجة تهييج الامتصاص لا أكثر . فيقتضي ، في أول الأمر ، الاعتماد على مواد لطيفة خفيفة وإن لم / تكفِ فحينئذ تستعمل أقوى وأشد فعلاً . فمن المواد [١١٨] اللطيفة كبريتات الصودا يرش في العين قليل منه كل يومين ، أو كل ثلاثة أيام ، أو كل يوم حسب الهيجان الحاصل . ومن تلك المواد أيضاً الكلومل ومرهم أكسيد الزيبق الراسب ، وقطرة محلول بورات الصودا في الكليسيرين . ويوافق استعمال محلول الأتروپين بعض الأحيان لأنه يخفف الضغط الداخلي وبذلك يعين على الامتصاص . ويوافق أيضاً دهون مركب من يوديد البوتاسيوم قمحة واحدة وأكسيد الزيبق الراسب قمحتين ومرهم بسيط أو فاسلين درهمين .

وإذا كانت العين بليدة جداً تقطر فيها قطرة أو قطرتان من خمر الأفيون أحياناً . وكل هذه المواد لا يجوز استعمالها إذا كانت العين حمراء أو ظهرت فيها إشارات التهيج . وبعد استعمالها مرة لا تعاد حتى بعدما تكون العين قد راقت وصفت من الكدر والهيجان الحاصل ، وبعدما تتعود العين على صنف يجب بدله بصنف آخر . وقد مدح بعضهم الحقن تحت الملتحمة بمحلول كلوريد الصوديوم من ٢٠ إلى ٦٠ قمحة منه في ثمانية دراهم ماء . أما الرواسب الكلسية أو رواسب الرصاص في القرنية فيجب

(١) يبدو بوضوح التزام المؤلف بأخلاقية المهنة الطبية ، ويلاحظ أنه يشتم كل من لا يعالج المريض بشكل علمي مقبول .

إزالتها بإبرة الكتراكت أو سكين أعكف[1] . ولا يلزم رفعها كلها بل يرفع قسم منها تجاه الحدقة وبما أن هذا العمل مؤلم فينبغي عمله تحت الكلوروفورم وبعده يقطر في العين محلول الأتروپين وقليل من الزيت الحلو . وهذا العمل لا يخلو من الخطر من تلقاء التهاب لاحق .

إذا كانت الملتحمة مرتخية توافق القطرات القابضة مثل الحامض التنيك ونيترات الفضة وكبريتات الزنك أو خلّات الزنك .

٢ ـ إن خابت كل الوسائط لأجل إزالة البياض يتحول الغرض / من الأول إلى الثاني أي حصر اضطراب البصر أو تخفيفه ، أو فتح حدقة اصطناعية . فإن اضطراب البصر بسبب انحلال النور أو تجمع الشعاع في نقط متفرقة على الشبكية من قبل اختلال في تحديب القرنية أو من قبل مجلس البياض يستعان بعوينات أسطوانية أو منشورية حسب مقتضى الحال ، كما سيأتي في الكلام بعلل التكسير . أو توضع تجاه العين ، عوضاً عن بلورة ، قطعة معدن مثقوب ثقباً دقيقاً بحيث تحصر الشعاع في القسم الشفاف من القرنية ، وربما اقتضى تركيب هذه القطعة مع بلورات مناسبة كما تقدم . وهذه الواسطة ربما تعين على بصر الأشباح القريبة كما في القراءة والخياطة ، وما يشبه ذلك ، ولكنها لا تصلح للإعانة على المشيء ولا على نظر أشباح بعيدة بسبب تضييقها ساحة البصر . وفي البعض يكفي تضييق الحدقة . [١١٩]

أما فتح حدقة اصطناعية فهو ضروري إذا انسدت الحدقة بلمفا[2] أو بسينيخيا مقدمة ، أو كان البياض تجاه الحدقة وبقيت

---

(١) معكوف : أبلغ تعبيراً .

(٢) LYMPH أو EXUDATIVE SECLUSION .

حافة القرنية شفافة ، وفي البعض يقتضي قطع القزحية . وفي البعض يكفي توسيع الحدقة بشق القزحية من الحدقة نحو محيطها[1] . وفي البعض يقتضي جذب الحدقة إلى جانب واحد بحيث تقع تجاه القسم الشفاف من القرنية .

ولكل حادثة يختار العمل المناسب لها حسب فطنة الجرّاح إتماماً للأغراض المشار إليها .

٣ ـ أما الغرض الثالث ، أي رفع العواقب ، مثل انكفاف البصر والحول وكلال الشبكية فيتضح بعد الكلام بتلك العلل على حدتها .

٤ ـ قوس الأشياخ[2] :

[١٢٠] هذه العلة لا تعدّ من عواقب الكراتيتس غير أن التهاب / القرنية يعدها للحوؤل[3] كما في سائر الأنسجة ، فإن التهابها يعدها للحوؤل وإن لم يسبق الحوؤل في كل حادثة . والعلة التي نحن في صددها ، أي قوس الأشياخ ، إنما هي حوؤل حافة القرنية حوؤلاً دهنياً ، وقلّما يظهر قبل ٥٠ سنة من العمر ، غير أنه في بعض العيال[4] يظهر قبل ذلك ، وهو ظلام فضي أبيض شامل حافة القرنية على مدارها أو على قسم منه وبالتدريج تعرض المنطقة المظلمة وتصفر ، وإذا شفيت هذه المنطقة المحوطة ، شفي الشق كما في القرنية الصحيحة ، فلا تعد مانعاً لاستخراج الكتراكت ، ومتى تقدمت قليلاً تكون أعرض في الأعلى والأسفل مما هي في الجانبين .

---

(١) SPHINCTEROTOMY .

(٢) ARCUS SENILIS .

(٣) الاستحالة = TRANSFORMATION = DEGENERATION .

(٤) يعني الشباب = ARCUS JEVENILIS .

إذا قلَّتْ مرونة أنسجة العين وزاد الضغط الداخلي أو زاد ضغط العضلات على المقلة فلا بد من تمدد تلك الأنسجة . والتمدد يحدث إلى جهة أقل المقاومة ، فإن كانت القرنية قد ترققت أو قلّت مرونتها ، لسبب علة سابقة ، فعند حدوث الضغط الداخلي تتمدد إلى الأمام ، وإذا كان قسم من الصلبة قد خسرت مرونتها تتمدد إلى جهة ذلك القسم ، ونفور قسم من العين إلى الخارج سُمِّي أستفيلوما أو عنبة . وبناء على القسم المصاب وعلى الأسباب قد انقسمت إلى ثلاثة أقسام :

الأول : القرنية المخروطية أو أستفيلوما القرنية .

الثاني : استسقاء الرطوبة المائية .

الثالث : عنبة ندبية أو عنبة القزحية والقرنية / . [١٢١]

١ ـ القرنية المخروطية[2] :

إذا تمددت القرنية إلى الأمام تمدداً جزئياً لا تتغير هيئة العين بما يعتبر ، فربما ينسب اضطراب البصر الحادث من ذلك إلى انكفاف البصر مع ضعف حساسة الشبكية ، غير أنه بالنور المتوارب يلاحظ النقاوة بين أقسام القرنية من جهة انكسار النور عنها فيتحقق تمدد قسم منها والعين لامعة لمعاناً غير اعتيادي كأنها دامعة ، ثم عند النظر إليها عن جانب يرى النفور الذي هو سبب ما ذُكر . ومجلس التمدد قد يكون وسط القرنية وقد يكون قسماً من محيطها . وبواسطة المرآة العينية[3] يتحقق أقل نفور القرنية بسهولة ، فعند

---

(١) UVEAL STAPHYLOMA .

(٢) KERATOCONUS .

(٣) كما ذكرنا سابقاً أن المرآة العينية هي المرآة المسطَّحة المثقوبة الوسط التي كان يستعملها أطباء العيون في القرن التاسع عشر لفحص العين بمساعدة عدسة محدبة الوجهين TILTED HOLED MIRROR .

رمي النور عليها ، من المرآة بدون استخدام العدسية المحدبة ، يرى النور الأحمر مندفعاً من أواسط القرنية أو بالأحرى من رأس المخروط أينما كان مجلسه ويقتم بالتدريج نحو قاعدته فتشاهد نقطة حمراء لامعة مركزية حولها منطقة مظلمة نوعاً وحول تلك حلقة حمراء أيضاً ، وإذا رمي النور على القرنية بالورب يلمع جانب المخروط الذي هو إلى نحو النور ، والجانب المتقابل مظلم نوعاً بسبب ظل المخروط كما هو واضح لكل متأمل[1] ، فالنقطة الحمراء والحلقة الحمراء هما ظهور قعر العين من هذين القسمين[2] ، أما المنطقة القاتمة بينهما فمن قبل اندفاع الشعاع وتفريقها إلى كل الجهات إلا إلى جهة عين الناظر . وعند النظر إلى قعر العين بواسطة العدسية المحدبة السطحين والمرآة العينية إذا تحركت العدسية يميناً ويساراً يتغير منظر بعض أقسامه والبعض الآخر يبقى منظره طبيعياً ، كما يحدث في تكاؤس الحلمة البصرية[3] في علة الكلاوكوما . أما القرنية
[١٢٢] المخروطية الزائدة / فظاهرة عند أول نظرة .

إن المصابين بهذه العلة ، ولو كانت جزئية ، يشكون من اضطراب البصر ومن أول أعراضها انكفاف البصر بسبب إطالة قطر العين الأمامي والخلفي . وبسبب اختلاف تحديب هواجر[4] العين تتولد العلة المسماة أستغماتسمس[5] ، بها تُشْتَر الأشباح وتتطاول وتنحرف الصور المكونة على الشبكية وتمتزج[6] ، فتصلح البصر نوعاً بلورات مقعرة أسطوانية ، كما

---

(١) الفكرة بديهية ومفهومة . . . فنظراً لوجود بروز في القرنية المخروطية فلا بد من أن يكون الطرف المقابل للنور المسلط على القرنية أكثر من الطرف المقابل للنور .

(٢) الفكرة هنا أيضاً سليمة علمياً وواضحة ، فالمنطقة الحمراء القانية هي انعكاس قعر العين ، والمنطقة القاتمة هي انعكاس قعر العين على المنطقة التي تحيط بقاعدة المخروط .

(٣) يقصد بذلك ضمور حليمة العصب البصري وتقعرها نتيجة للإصابة بالزرق = GLAUCOMA .

(٤) هواجر جمع هاجرة وهو MERIDIAN .

(٥) اللابؤرية = ASTIGMATISM .

(٦) يقصد بعبارة (تشتر الأشباح) أي تتشوه الخيالات على الشبكية = DISTORTION .

سنعلم عند الكلام بعلة الأستغماتسمس . والعليل يصلح بصره نوعاً بغمضه عينه إلا قليلاً حتى يبصر كأنه من شق ضيق لأن ذلك يقطع الشعاع المحيطية فيمنع تكاثر الصور وامتزاجها على الشبكية[1] . ومتى تقدمت العلة يغلظ رأس المخروط ويظلم فيضطرب البصر أكثر فأكثر حتى يكاد لا يرى العليل طريقه[2] ، وكثيراً ما ترافق هذه العلة علة شبكية فتؤدي إلى العمى التام .

أما **سبب** هذه العلة فليس من قبل زيادة الضغط الداخلي بل من قبل ارتخاء نسيج القرنية وخسارة مرونتها وكفايتها لمقاومة الضغط الداخلي الطبيعي فتتمدد وتسترق ، غير أنها لا تنفجر إلا نادراً إن لم تصبها آفة ميكانيكية ، ومن زيادة ارتشاح الرطوبة المائية بنفوذها في نسيج القرنية المسترق ترتخي المقلة كلها كما يظهر تحت الجس .

أما **سير** هذه العلة فبطيء وربما توقف على درجة جزئية ، وربما يسير إلى درجة إظلام رأس المخروط . وعلى الغالب يصيب العينين الواحدة بعد الأخرى ، ويصيب على الغالب أصحاب الأجسام الضعيفة ، وتبتدي بين السن الخامس عشر والعشرين من / العمر غير أنها قد تشاهد في الأشياخ [١٢٣]
وفي الأقوياء البنية ويؤدي إليها أو يزيدها كثرة تشغيل العين بالأشغال الدقيقة[3] .

أما **علاجها** ففيه غرضان :

الأول : توقيف تمدد القرنية .

والثاني : تخفيف اضطراب البصر الحاصل على قدر الاستطاعة .

أما **الغرض الأول** فيستدعي ، في أول الأمر ، تخفيف الضغط الداخل وذلك برفع كل الأسباب المهيجة وملاحظة صحة العليل العامة ومنع قبض

---

(١) الفكرة مقبولة عملياً إذ أن استعمال الحاجز المثقوب = PIN HOLE EFFECT أو المشقوق = SLIT EFFECT يؤدي إلى القضاء على الأشعة المحيطية والتي تؤدي إلى تشوش الخيالات الساقطة على الشبكية .

(٢) وهو ما يسمى HYDROPS مَوَهٌ أو استسقاء القرنية .

(٣) هذه الفكرة غير مقبولة علمياً .

الأمعاء والنهي عن استعمال العين في الأشغال الدقيقة وعن كل ما يستدعي شدة التحكيم[1] وتقلص عضلات المقلة . وإن لم تكف هذه الوسائط ينبغي بزل الرطوبة المائية ، وإن لم يكفِ ذلك ينبغي قطع القزحية . وقال بعضهم بقطع قطعة من رأس المخروط أو من قرب رأسه بحيث لا تفتح غرفة الرطوبة المائية ، ويكون عرض القطعة نحو عرض سكين الكتراكت لـ (ڤان كريفي) ويكوي الجرح بنيترات الفضة المخفف يوماً بعد يوم حتى يغلظ النسيج الندبي . ثم بعد ختم الجرح تصطنع حدقة اصطناعية نحو القسم الشفاف من القرنية الباقية . وفي بعض الحوادث لا سبيل غير هذه الواسطة الأخيرة . وقال بعضهم : بتهييج تقرح رأس المخروط بقطع طبقاته الخارجية وهذا العمل يجعل رأس المخروط يتغلظ ويتمكن نسيجه حتى لا يتمدد بعد فتوقف العلة على ما هي عليه[2] .

أما **إصلاح اضطراب البصر الحاصل** فيستلزم سلامة أجزاء العين الداخلية . فإذا كانت سالمة يصلح البصر نوعاً بقطع القزحية تجاه القسم الشفاف من القرنية حتى تصير الحدقة تجاه ذلك القسم ، ثم يستعمل العليل عوينات أسطوانية أو منشورية حسب مقتضى الحال لأجل إصلاح الانحراف
[١٢٤] الحادث عن التغير / الواقع في هواجر القرنية ، كما سيأتي في الكلام عن علة الأستغماتسموس .

وقال بعضهم : بعلاج القرنية المخروطية بتكرار عملية قطع الصلبة عدة مرات واستعمال قطرة محلول الأيسيرين على مدة طويلة .

---

(١) يقصد بذلك كثرة التركيز = FOCUSING .

(٢) لم تعد هذه الأساليب الجراحية مقبولة في الوقت الحاضر ، بل تستعمل العدسات اللاصقة الصلبة = TORIC HARD CONTACT LENSES كمحاولة أولى ، وإذا لم يمكن فتجري عملية تصنيع القرنية الثاقب = PENETRATING KERATOPLASTY أو الصفيحي = LAMELLAR KERATOPLASTY .

٢ ــ استسقاء الرطوبة المائية[١] أو عين الثور[٢] :

هذه العلة قد تعقب التهاب القرنية وتحدث أيضاً عن التهاب غشاء دسماة وعن آفة ميكانيكية أو جراحية ، ولكنها إذا حدثت عن الأسباب المشار إليها قلّما تبلغ درجة زائدة . وهي أيضاً من العلل الخلقية المزاجية الموروثة ، وحينئذ تبلغ درجة زائدة حتى تستحق أن تسمَى (عين الثور) ، وفيها تكبر المقلة في كل أقطارها وتتمغط القرنية والصلبة وتنفر العين حتى لا تطبق عليها الجفنان ، أما القرنية فتارة تبقى على شفافتها وأخرى تظلم عند حافتها وأخرى يمد الظلام عليها كلها ، والصلبة تسترق وتزرق من تلؤلؤ المشيمية تحتها، وغرفة الرطوبة المائية تعمق ويتوسع محيطها[٣] . أما الرطوبة نفسها فعلى الغالب شفافة والحدقة متسعة بعض الاتساع ، والقزحية بطيئة الحركة وربما التصقت بالمحفظة البلورية في بعض أقسامها وهي مندفعة إلى الوراء متكائسة مرتجفة[٤] وارتجافها ينسب إما إلى خلع الرطوبة البلورية وإما إلى تمزيق الرباط الهدبي وإما إلى اندفاعها إلى الأمام قليلاً حتى لا تستند على البلورية بسبب كثرة الماء في الغرفة الخلفية . وتارة تتكائس القزحية إلى الأمام أي يصير تقعيرها إلى الخلف وتحديبها إلى الأمام . وفي سير العلة تتكائس الحلمة البصرية من استمرار الضغط الداخلي وتظلم
البلورية ويسيل الجسم / الزجاجي[٥] وتنفصل الشبكية وتنتهي العلة إلى [١٢٥]
ضمور المقلة كلها .

أما الأعراض التي يشكوها العليل فهي ضعف البصر يزيد تدريجياً إلى

---

(١) الترجمة الحرفية هي = AQUEOUS HUMOR ASCITIS ويقصد هنا CONGENITAL GLAUCOMA ويصف سريرياً بدقة متناهية الزرق الولادي .

(٢) BUPHTHALMUS .

(٣) تلاحظ دقة الوصف السريري ولا زالت هذه العلامات مقبولة علمياً حتى وقتنا الحاضر للزرق الولادي .

(٤) متكائسة أي مقعرة . ومرتجفة هو ما يسمي = IRIDODONESIS والأسباب الثلاثة التي ذكرها لارتجاف القزحية لا زالت مقبولة علمياً .

(٥) VITREOUS LIQUIDATION .

العمى الكامل وثقل وضغط في العين ، ولا يشكو ألماً شديداً إن لم يحدث التهاب عرضي في سير المرض ، وفي ابتداء الأمر يُكَفّ البصر ثم يضعف بالتدريج كما تقدم . ومن استرقاق القرنية والصلبة ربما تنفجر العين إذا أصابتها ضربة غير أن ذلك لا يحدث ذاتياً .

أسباب هذه العلة ، غير أنواع الالتهاب المشار إليها ، مجهولة . وقال بعضهم : بحدوثها أحياناً عن ارتداد نفاط جلدي ارتداداً فجائياً .

أما **العلاج** فقليل الفائدة وينبغي الاعتناء بصحة العليل العامة وراحة العين ومقاومة أنواع التهابها وتبزل الرطوبة المائية تكراراً وتقطع القزحية . وإن لم تنجح هذه الوسائط وبلغت العلة درجة مانعة انطباق الجفنين على المقلة ، الأَوْلى عملية لأجل العنبية ، كما سيأتي ذكره ، أو استئصال المقلة .

٣ ـ أستفيلوما القرنية والقزحية(١) :

إذا انثقبت القرنية من تلقاء قرحة أو علة أخرى تخرج الرطوبة المائية وتسقط القزحية إلى الأمام ، وإذا كان الثقب صغيراً ربما تلتصق القزحية بحوافيه فيسد ولا تنفذ القزحية إلى الخارج ولا تتمدد القرنية . وإذا كان الثقب واسعاً أو كان الضغط الداخلي شديداً تنفذ القزحية إلى الخارج فتنفر من الثقب وتكسوها عن قليل ليمفاً فيغلظ القسم النافر ويتكون في الثقب وحوله نسيج ندبي . غير أنه على الغالب يسترق نسيج القرنية في جوار الثقب فينفر مع القزحية فتتكون عنبية القرنية والقزحية . / وإذا كان الثقب [١٢٦]
بقرب حافة القرنية ربما تسلم الحدقة فيسلم البصر نوعاً . وإذا كان بقرب أواسط القرنية تسد الحدقة وربما تكون الأستفيلوما جزئية في بدايتها ثم من استرقاق الأنسجة تنفر بالتدريج أكثر فأكثر حتى تنفر من بين الجفنين فلا تطبقان عليها فتعرض لفعل الهواء والغبار والأسباب المهيجة على الدوام فتزيد حجماً وتحمر وتمد حتى تعمّ القرنية كلها . وهذه العواقب قد تعقب الجروح العرضية والعمليات الجراحية مثل استخراج الكتراكت .

---

(١) IRIDO-CORNEAL STAPHYLOMA .

إذا ظهر في عين استعداد لـلأستفيلوما ينبغي اتخـاذ الوسـائل الـلازمة لدفعه وهي :

أولاً : إزالة كل القسم النافر من القـزحية ولـو اقتضى ذلك استخـراج العدسية البلورية .

ثانياً : اقطُرْ في العين محلول الأيسيرين ، أي جزء منه في مئة جزء من الماء المستقطر يقطر منه في العين نقطة ثلاث مرات كل يوم وتعصب العين بكل دقة ، وابدل العصابـة حسب مقتضى الحال أي حسب مقـدار المفرز الصديدي من الملتحمة .

ثالثاً : إذا بان خطر التصاق القزحية بالقرنية بقرب الزاوية بينهما فـأجْرِ عملية قطع القزحية أو قطع الصلبة(1) .

وتؤثـر الأولى على الثانيـة إذا اقتضى فتح حـدقة اصـطناعيـة . وفعـل الأيسيرين في هذه الحوادث هو على وجهين :

١ ـ تخليص القـزحية من الالتصـاق بتقلص خيوطهـا العـاصـرة القـابضـة الحدقة .

٢ ـ تقلص أوعية العين الداخلية فيخفف الضغط الداخلي .

ليس شيء أضر على العين من محو الزاوية بين القـزحية والقـرنية لأن ذلك يسد طرق الارتشاح إلى قناة شلم وإلى النسيج الخلوي حول القرنية . وحـالما تسـد هذه النـوافذ تـظهر زيـادة صـلابـة العين / وسـائـر أعـراض [١٢٧] الكلاوكوما(2) ، كما تـرى عند الكـلام بتلك العلة ، وهذا هـو سبب ظهور أعراض زيادة الضغط الداخلي بعد ثقب القرنية أو التصاق القزحية بحوافي جرح من قبل أي سبب كان .

---

(١) قطع القزحية = IRIDECTOMY وقطع الصلبـة = (SCLERECTOMY يبدو وكـأن المؤلف كان من رواد عملية قطع الجويئز = TRABECULECTOMY لمعالجة الزرق الثانوي .

(٢) يصف المؤلـف هنـا الـزرق الحـاد مغلق الـزاويـة = ACUTE ANGLE CLOSURE GLAUCOMA .

إذا صارت الأستفيلوما كلية أي عمّت كل القرنية واشتركت الصلبة أيضاً في التمدد عند حوافيها ولو قليلاً فلا سبيل حينئذ لتوقية العين من عواقب الضغط الداخلي واستدامة أعراض التهابية ربما تمد إلى العين الأخرى فالأَوْلى استئصال المقلة كلها . ولكن إذا انحصرت في القرنية فتجري عملية قطع القرنية فقط أي تفصل الملتحمة عن حافة القرنية على استدارتها إلى قرب خط المقلة الاستوائي ، ثم تمر فيها أربعة خيوط على ألوان مختلفة لأجل تسهيل ربط طرفي كل خيط بدون مخالفة ، ثم يقطع القسم النافر من القرنية بواسطة سكين الكتراكت ومقص . ومتى تحقق خروج الرطوبة البلورية من العين تربط الخيوط ، المشار إليها ، وتترك حتى تنفصل من نفسها في الأطفال ، أما في البالغين فيقتضي رفعها بعد ختم الجرح على التمام تقلد عين اصطناعية بتلويين الملتحمة بدقها بالأبر والحبر الصيني[1] .

أما عملية (كرتشت)[2] فهي أن تمر الأبر والخيوط بالصلبة ثم تقطع الأستفيلوما أو تربط الخيوط بعد استخراج البلورية فتتكون قرحة مفلطحة لا توافق وضع عين اصطناعية وكثيراً ما تؤدي إلى التهاب اشتراكي[3] في العين الأخرى حتى قال (ويبر) : بوجوب ترك عملية كرتشت على الإطلاق . وبعضهم أنكروا لها تلك العواقب فيفضلونها على غيرها في
[١٢٨] بعض / الحوادث . أما طريقة (ڤان كريفي) فهي أن يمر خيط على شكل خلال في طبقات العين والرطوبة الزجاجية بحيث يمر في قسم صحيح منها ، وبين مدخل الخلال ومخرجه نحو أربعة أو خمسة خطوط فيربط طرفا الخيط على هيئة أنشوطة وتقطع الطرفان عند العقدة وتعصب العين بدون ضغط عليها . فبعد مرور ما بين ١٦ و٣٢ ساعة تظهر أعراض التهاب المشيمية التهاباً صديدياً مع كيموسس تحت الملتحمة وعسر حركة المقلة من جانب إلى جانب ، وربما نفرت المقلة كلها بعض النفور . فعند ظهور

---

(١) لعله يقصد بهذه العملية استئصال القسم الأمامي من العين = EVISCERATION .

(٢) لم نجد له اسماً في المراجع المتوفرة لدينا .

(٣) لعله يقصد بذلك = SYMPETHETIC OPHTHALMIA .

هذه الأعراض ينزع الخلال وتضمد العين بمذوب البابونج أو الخشخاش فاتراً لأجل تخفيف الألم . وبعد مدة يسيرة تضمر المقلة وتصلح لوضع عين اصطناعية[1] ، ومزية هذه الطريقة رفع الخطر من قبل الالتهاب الاشتراكي في العين الأخرى لأن ذلك لا يحدث بعد التهاب المشيمية التهاباً صديدياً .

أما طريقة الدكتور (بورَلي)[2] فهي أن يمر في كعب القسم النافر من القرنية إبرتان أو دبوسان طويلان (مثل المستعملة عند علماء الأنتومولوجيا[3] لأجل تمكين الهوام في مجموعاتهم) على هذه الهيئة X ثم يلف ورائها خيط دقيق من الحرير ويشد ويمكن عقده وتنقل طرفاه وتلصق بالخد وتعصب العين بالمرهم البسيط وعصابة خفيفة ، فبعد نحو ثلاثة أيام يكون الخيط والدبوسان قد انحلت وسقطت من اختناق الأستفيلوما ، وبعد نحو ثمانية أو تسعة أيام يكون الجرح قد ختم . فإذا كانت جزئية يجوز حصرها كلها في الربط ، وإذا كانت كلّية فالأَوْلى ربط القليل منها لئلا يتهيج التهاب المقلة كلها . وبعضهم / يوثرون هذه العملية على غيرها في الأستفيلوما الجزئية [١٢٩] إذا بقي شيء من القرنية شافاً لأنه يبقى بعدها محل لفتح حدقة اصطناعية ، وعلى كل حال تبقى قدحة مناسبة لتركيب عين اصطناعية .

٤ ــ آفات القرنية وجروحها :

إن تعلق أجسام غريبة في القرنية كثير الحدوث مثل قطع حديد أو قش أو سبلة شعير أو قطع زجاج أو قشور أو وبر من أجسام الهوام ، أو من بعض النبات ، وهي تارة ملتصقة بسطح القرنية وأخرى غارزة فيها وقد تختفي من دقتها . ومن الأعراض الحادثة من تلقاء هذه الأسباب احمرار القسم الهدبي وتدمع وخوف النور والتهاب الملتحمة فيجب فحص العين بالتدقيق تحت النور المتوارب بواسطة عدسية مكبرة ، وربما يعين على كشف الجسم

---

(١) يصف هنا = INDUCED ENDOPHTHALMITIS وضمور المقلة التالي لذلك = PHTHISIS BULBI .

(٢) د. بورلي : لم نجد له ترجمة في المراجع المتوفرة لدينا .

(٣) علم الحشرات = ENTOMOLOGY .

الغريب الدقيق توسيع الحدقة بالأتروبين حتى يقع سواد الحدقة وراء أكثر القرنية . وترك جسم غريب في العين ، وإن كان دقيقاً ، كثيراً ما يحدث التهاب القزحية وهيبوبيون وتقرح القرنية وكل عواقبه الرديئة ، وبعض الأحيان تفرز ليمفاً حول الجسم فيتكيس ويستكن ولا يعود العليل يشعر به .

وقد يحدث أن نسرة[1] حديدٍ أو حجراً أو ما مثلهما تثقب القرنية فيكون بعضها في القرنية وبعضها نافراً إلى الغرفة المقدمة .

لأجل إزالة المواد الغريبة المشار إليها ، أو غيرها من القرنية ، يجب تمكين الجفنين بمثبت وتمكين المقلة بجفت التثبيت أو بالأصابع ثم ترفع المادة الغريبة بمحلق[2] أو ميقاف[3] من الكاوتشوك أو بإبرة الكتراكت إذا كانت غارزة في القرنية ، وربما اقتضى تَكَلْفُرُ العليل قبل ، وإذا كان الجسم / الغريب قد نفذ إلى الغرفة المقدمة ولم ينفر من القرنية ما يمكن [١٣٠]
الجراح من لقطه يدخل إبرة الكتراكت إلى الغرفة حتى تسير من وراء الجسم الغريب ثم يدفع نحو الخارج ، وإذا التصقت قطعة فولاذ بسطح القرنية ربما تدفع بواسطة مغنيط[4] بكل سهولة . وبعد استخراج الجسم الغريب تقطر في العين قطرة مسكنة وتعالج علاجاً موافقاً لمقاومة الالتهاب مثل الضمادات الفاترة المسكنة من مغلي البابونج أو الخشخاش أو العلق أو الوضعيات الباردة ، وعصابة العين وإراحتها حتى تزول كل الأعراض الالتهابية . وإذا ثقبت القرنية وحصلت أدرة القزحية تعالج حسب ما تقدم في الكلام بأنواع الأستفيلوما ، ويعتمد على الأتروبين أو الأيسيرين حسب مجلس الجرح الثاقب بالنسبة إلى حافة الحدقة دفعاً لالتصاقها بالقرنية كما عرفت مما ذكر آنفا .

---

(١) نسرة : كلمة عامية في بلاد الشام للتعبير عن قطعة صغيرة جداً .

(٢) المحلق : وهو الموس التي يحلق بها الذقن والشعر الزائد . . . وتستعمل هذه الكلمة في قرى جبال لبنان ويقال في المثل (سن محلقك) أي = SHARPEN YOUR BLADE .

(٣) ميقاف : لا نعلم آلة جراحة بهذا الاسم ، ولم يذكر المؤلف وصفاً دقيقاً لها .

(٤) يقصد بذلك مغناطيس = MAGNETIC .

القسم الثالث

في علل القزحية[1]

(١) DISEASES OF THE IRIS .

القزحية شقة أو حاجب يقسم الرطوبة المائية[2] إلى قسمين : الغرفة المقدمة[3] ، والغرفة الخلفية[4] ، وتتصلان بثقب في القزحية هو الحدقة[5] . والقزحية إنما هي المنتهى المقدم للجسم الهدبي والمشيمية ، وتعد الثلاثة نسيجاً واحداً سمي القطعة العنبية[6] وهذا هو سبب مد الالتهاب من القزحية إلى الجسم الهدبي والمشيمية وبالعكس ، ويعلل عن ذلك أيضاً بكون النسيج الموصل أو الخلوي / في هذه الأقسام متصلاً بعضه ببعض ، والقزحية هي القسم المقدم [١٣١]
السائب للقطعة العنبية .

ولها قسمان : القسم الحدقي والقسم الهدبي . **فالأول** : نحو الحدقة عرضه نحو مليمتر ويتميز بواسطة الثنايا الصغار الكثيرة العدد التي تتخلله مشععة نحو الحدقة[7] . ويفصل بين القسم الحدقي والقسم الآخر خط مسنّن ، فالواقع بين هذا الخط المسنن والمحيط هو **القسم الهدبي** ولونه مختلف قليلاً عن لون القسم الحدقي ، وفيه ما بين خمسة أو ستة عيون متراكزة على استدارة القزحية[8] . وعرض القسم الهدبي ، إذا كانت الحدقة على معدل انقباضها ، هو بين ثلاثة وأربع مليمترات . ويكسو وجه القزحية المقدم أبيثيليوم مثل ما يكسو غشاء دسماة على باطن القرنية غير أن كرياته المسدسة الزوايا ليست منتظمة الانتظام التام الذي يرى على غشاء دسماة . ومن حافة الحدقة على كامل سطح القزحية الخلفي تلك

---

(١) IRIS HYPEREMIA .
(٢) AQUEOUS HUMOR .
(٣) ANTERIOR CHAMBER .
(٤) POSTERIOR CHAMBER .
(٥) PUPIL .
(٦) UVEAL TISSUE .
(٧) يقصد بها القسم الواقع ما بين = COLLARETTES والحدقة .
(٨) وتسمى الأخبئة = CRYPTS .

الكريات مكسوة مادة ملونة على لون العنب الأسود تسمى العنبة أو العنبيـة[١] . وحافة الحدقة على معظم اتساعها سابحة في الرطوبة المائية وإذا انقبضت كل الانقباض تلامس منطقة عريضة من القزحية الوجه المقدم للمحفظة فتبان القزحية أنها مندفعة إلى الأمام على هيئة قبة صغيرة فتكون الغرفة الخلفية للرطوبة المائية منفصلة عن الغرفة المقدمة ، وهي على شكل قناة مثلثة القطع تحيط البلورية على وجهها الأمامي ، أما الرطوبة المائية نفسها فعلى غاية الشفافة وفيها إشارة ألبومين[٢] فقط فتعد مصلاً مخففاً بماء .

أما القسم الحدقي ، المشار إليه آنفاً ، فتشغله العضلة العاصرة للحدقة[٣] ، وهي مؤلفة من خيوط غير مخططة على شكل حلقات / متراكزة . وبقرب حافة الحدقة يسترق النسيج العضلي جداً . وأما عند اتصال القسم الحدقي بالقسم الهدبي فيغلظ حتى يبلغ غلظ ربع المليمتر ولا يفصل بينه وبين العنبية إلا شيء قليل من النسيج الموصل . [١٣٢]

أما القسم الهدبي ، ففي العضلة الممدِّدة الحدقة[٤] وخيوطها المشععة تنشأ من خيوط المعاصرة أو بين تلك الخيوط والعنبية ومن ثم تشع نحو المحيط فتندغم في مندغم القزحية في الجسم الهدبي ، وهذه الخيوط المشععة تلامس سطح القزحية الخلفي وعند مندغم القزحية تلتوي الخيوط المشععة إلى الوراء فتكوِّن ضفيرة عضلية[٥] تحيط بمندغم القزحية مثل حلقة .

أما النسيج الموصل في القزحية فمحيط بالأوعية الدموية ومرافق الأعصاب على مسيرها ، ويكسو صفائح النسيج العضلي ، وكرياته نجمية الشكل يخالطها أكثر أو أقل من المادة الملونة حسب لون العين ، وأكثر النسيج العضلي يشغل طبقات القزحية العميقة . وأما أكثر النسيج الموصل والأوعية فأقرب إلى سطحها وهو متصل بالنسيج الموصل للمشيمية والعضلة الهدبية .

---

(١) هي الطبقة الصباغية للقزحية = PIGMENTED EPITHELIUM .

(٢) يقصد بها كمية قليلة جداً = TRACE OF ALBUMIN .

(٣) SPHINCTER .

(٤) PUPILLARY DILATOR .

(٥) MUSCULAR PLEXUS .

أما شرايين القزحية فمن حلقة شريانية محيطة بها وتلك الحلقة مؤلفة من فروع ناشئة من الشرايين الهدبية الطويلة والمقدمة[١] ، وموقعها داخل العضلة الهدبية على حافة القزحية ومنها تتفرع شرايين صغار كثيرة العدد وتشع في القزحية إلى حافة الحدقة حيث تكوِّن حلقة أخرى سميت الحلقة القزحية الصغرى[٢] وضفيرة الأوعية الشعرية أكثرها واقع تحت العضلة العاصرة فالأوردة تنشأ من تلك الضفيرة ومن الأنشوطات النهائية الشريانية الواقعة على حافة الحدقة ثم تشع نحو المحيط وتصب في أوردة الزوائد / الهدبية وتنتهي إلى الأوردة المخية للمشيمية من حيث [١٣٣] تجتمع أيضاً في الأوردة الهدبية الخلفية .

أما أعصاب القزحية والعضلية الهدبية فهي فروع الأعصاب الهدبية الناشئة من المثلث الوجهي[٣] ولها فروع من الزوج الثالث أيضاً أي المحركة المقلة[٤] ، وأيضاً من أعلى السمپاتوي . والظاهر أن هذا الأخير متفرع في العضلة الممددة الحدقة على وجهها الخلفي . وفرع آخر من الأعصاب المحركة متفرع في العاصرة وفرع آخر يكون شبكة عصبية على سطح القزحية ولعله حاوٍ الخيوط العصبية الحسية[٥] .

أما هيپريميا القزحية واحتقانها فلا تتكون فيها مواد إلتهابية[٦] ولكنها قد تنتهي إلى التهاب حقيقي مع كل عواقبه وهي ليست نادرة الوقوع بل تحدث كثيراً مع علل القرنية والجسم الهدبي والمشيمية بسبب شدة الاتصال بين تلك الأقسام كما

---

(١) LONG CILIARY ARTERIES .

(٢) ANTERIOR CILIARY PLEXUS .

(٣) العصب المثلث التوائم = TRIGEMINAL NERVE ذو ثلاث شعب (توائم) ويتفرع عن الشعبة العينية منها (العصب الأنفي الهدبي) الذي يعطي بدوره شعبة تسمى (العصب الهدبي الطويل) ، الذي يعصب القزحية والقرنية ثم العضلة الهدبية وأخيراً العضلة الموسعة للحدقة .

(٤) العصب المحرك العيني = OCULO MOTOR NERVE .

(٥) SENSORY NERVE ENDINGS .

(٦) نقول : بل تتكون فيها خلايا التهابية وهي التي تؤدي إلى القيح في البيت الأمامي . HYPOPION .

علمت مما تقدم . ومن **أعراضها** احمرار القسم الهدبي تحت الملتحمة والحدقة منقبضة بعض الانقباض لا كله . ولا تتأثر بسهولة بالأتروپين ولا بالأيسيرين ، وإذا تأثرت بهما قليلاً يزول فعلهما سريعاً ولا يبقى مدة كما يبقى إذا كانت القزحية سليمة صحيحة[١] . ومن أعراضها أيضاً تغيُّر لون القزحية ولون كل القسم المقدم للقطعة العنبية وتغير اللون هذا ظاهر بسبب صفاء الرطوبة المائية فيمتزج لون أحمر نحاسي بلون القزحية الأصلي ، وذلك بسبب زيادة الدم في أنسجتها . فالعين الزرقاء تصير مائلة إلى الخضرة ، واللون البني أو العسلي يصير نحاسياً ، والأزرق
[١٣٤] الضعيف أو الفاتح / يصير أزرقاً ، والأصفر يصير أخضراً . ويجب التمييز بين تغير لون القزحية من تلقاء احتقانها والتغير الطبيعي الحادث في الأشياخ المرافق قوس الأشياخ غالباً .

أما **أسباب** هيپريميا القزحية فهي كل ما يحدث احتقان سائر الأقسام المشار إليها آنفاً لا سيما فرط تشغيل العين بالشغل الدقيق أو إطالة القراءة أو الكتابة[٢] ، وكل علل القرنية والمشيمية والجسم الهدبي وسوء المعالجة في التهاب الملتحمة بواسطة الكاويات أو الأكحال والقطرات القابضة الثقيلة .

أما **علاجها** فأولاً بقطع كل الأسباب ، المشار إليها آنفاً ، ثم علاج العلة المحدِثة فتجعل العين على الراحة التامة وتوقى من البرد والنور والحر ويقطر فيها محلول الأتروپين دفعاً لحدوث سينيخيا مقدمة ولا يكرر كثيراً خوف تهييج الملتحمة .

---

(١) هذه الفكرة صحيحة علمياً وذلك لازدياد الدوران الدموي ، وبالتالي يزول تأثير الأتروپين بشكل أسرع من الطبيعي .

(٢) نكرر ونقول : إن هذه الفكرة غير مقبولة علمياً .

التهاب القزحية[1]

إذا أضيفت إلى أعراض هيپريميا القزحية تولد مواد التهابية فقد تحولت إلى التهابها وتلك المواد هي واحدة فأكثر من ثلاث :

١ ـ مرتشح أو انسكاب مادة فيبرينية على هيئة مولدات مثل نتوءات حلمية على حافة الحدقة وفي نسيج القزحية نافذة إلى السطح الأمامي والخلفي فتلامس المحفظة البلورية وربما أحدثت سينيخيا مقدمة[2] . وإذا نفرت القزحية من ثقب في القرنية فتلك المولدات على هيئة نتوءات لحمية نابتة على القسم النافر .

٢ ـ إنفلات كريات بيض وانتزاحها بين الأنسجة كما عرفت من ظواهر الالتهاب عموماً .

٣ ـ تسرئة كريات الأنسجة غير البالغة / وحوؤلها صديداً وتجمعها في الغرفة المقدمة على هيئة هيپوپيون ، أو تخللها نسيج القزحية نفسه . وباعتبار المواد المشار إليها انقسم التهاب القزحية إلى أربعة أشكال[3] : [١٣٥]

الأول : التهاب بسيط ذاتي .

الثاني : التهاب مصلي وهو المعروف بالتهاب غشاء دسماة وكراتيتس أرقط[4] والتهاب محفظة الرطوبة المائية .

الثالث : التهاب برنكيمي أو صديدي .

الرابع : التهاب خصوصي ، أي الحاصل من علة خصوصية أو مزاجية

---

(١) IRITIS .

(٢) ANTERIOR SYNCHEIA .

(٣) لم يعد هذا التصنيف مقبولاً علمياً في الوقت الحاضر .

(٤) PUNCTATE KERATITIS .

مثل الزهري والجدري[1] والنقرسي[2] والتعقيبي .

فلنذكر أولاً **الأعراض** المشتركة بين هذه الأشكال ثم الأعراض المختصة بكل شكل على حدته .

من أول أعراض التهاب القزحية احمرار الملتحمة واحمرار القسم الهدبي تحت الملتحمة ونقرالجيا ذلك القسم مادَّةً إلى الجبهة والصدغ وانقباض الحدقة بعض الانقباض وبطء حركتها وتغير لون القزحية وكمود منظر العين عوضاً عن لمعانها . أما الاحمرار تحت الملتحمة فَوَرْدِي اللون على هيئة منطقة أوعية وردية مشععة حول القرنية تتحرك الملتحمة عليها بدون تغيرها ، وتارة يتحول لون تلك المنطقة إلى اللون الأزرق أو البني . وهذا الاحمرار الشرياني موجود في أكثر حوادث التهاب القزحية إلاّ الحادث في سير الحمى التيفوسية والحمى الصديدية وحمى النفاس . أما الكيموسس فظاهر وتارة زائد والجفون منتفخة ، وإذا اشتد الالتهاب يشتد ورم الجفون حتى تصير لامعة حمراء ولا سيما في الشكل الصديدي ، وإذا مد الالتهاب إلى الأقسام المجاورة من القطعة العنبية .

[١٣٦] أما الألم في التهاب القزحية فليس من أعراضه الثابتة لأنه / مفقود إلا قليلاً في بعض الحوادث وشديد جداً في البعض . وفي أول الأمر يشكو العليل أكلاناً وحرقاناً ثم يتحول إلى ألم واخز ناخز ضاغط ماغط ويمد إلى جانب الأنف وإلى الجبهة والصدغ وإلى عمق المقلة ، وقد تمد نقرالجيا فروع الزوج الخامس إلى كل جانب الوجه والرأس إلى مؤخره ويشتد ليلاً ويتلطف نحو الصبح ونهاراً . ومع هذا لا يشكو العليل زيادة الألم إذا ضغط على المقلة إلا إذا اشترك الجسم الهدبي في الالتهاب ، وربما انحصرت زيادة الألم تحت الضغط في قسم من أقسام محيط العين وذلك دليل على حصر الالتهاب في ذلك القسم من الجسم الهدبي ، وعند اشتداد نوب الألم يشتد خوف النور وعند سكونها يقل ، وكذا التدمع . غير أن خوف النور والتدمع لا يبلغان درجة بلوغهما في بعض أشكال التهاب القرنية . ومن شدة الألم قد تظهر أعراض عامة مثل حمى وقذر اللسان وفقد شهوة الطعام وأقياء

---

(١) في الأصل جداري : ولعله يقصد الجدري = SMALL POX .

(٢) النقرس = GOUT .

ربما استترت العلة العينية تحت هذه الأعراض العامة .

أما القزحية نفسها فمن الأعراض المتعلقة بها تغير لونها واكمداد وانقباض الحدقة وبطء حركتها ، وهذه الظواهر سببها التغييرات الحادثة في نسيجها ، كما سبق الكلام بها . ولأجل تمييز هذه الأعراض ينبغي المقابلة بين العين المصابة والصحيحة ، وربما عسرت رؤية ذلك من تلقاء تكدر الرطوبة المائية . وإذا اشتد الالتهاب تعدم حركة الحدقة على الإطلاق . ولأجل فحص العين من هذا القبيل يجب أن يشخص[1] العليل بالطبيب ويستر الطبيب العين المصابة من حدة النور بوضع يده على جانبها ثم يطبق الجفن وبعد هنيهة يفتحه فجأة فيؤكد تغير الحدقة بالنور / أو عدم تغيرها ، وتغطى العين الصحيحة أو يأمر العليل بغمضها ثم فتحها [١٣٧] عند فتح المصابة . أما مجرد انقباض الحدقة وبطء حركتها فمن أعراضها هيپريميا القزحية أيضاً ، ومن أعراض تعلق جسم غريب بالقرنية إذا مد الهيجان إلى الأعصاب الهدبية .

أما حافة الحدقة فغير منتظمة وعليها نقط صغار مثل الخرز هي ليمفا مرتشحة من الأوعية المفعمة ، وكثيراً ما تغرِّي حافة الحدقة بمحفظة البلورية فتحدث سينيخيا خلفية وإن لم يظهر ذلك للنظر في أول الأمر إذا قطر محلول الأتروپين في العين فتتمدد الحدقة بعض التمدد على غير انتظام[2] . وربما بلغ ارتشاح الليمفا درجة سد الحدقة تماماً ، وإذا كان ماداً على كل سطح القزحية الخلفي يلتصق كله بالمحفظة فيصير الالتصاق بينهما متيناً جداً لا يُطمع بفصله ، وهذا الأمر كثير الاعتبار إذا قُصِد إجراء عملية قطع القَزحية لسبب من الأسباب التي تستدعي ذلك ، كما سيأتي في محله . وتارة يكسو المرتشح سطح القزحية الأمامي أيضاً وأخرى يذوب في الرطوبة المائية فيكدرها أو يجمع على سطح القرنية الخلفي على هيئة قطع صغار بيض[3] ، أو يرسب في أسفل الغرفة الأمامية فيتكون

---

(١) ينظر ويحدق .

(٢) لا تزال هذه الأعراض (عدم انتظام الحدقة وبطء ارتكاسها للنور) من العلامات المميزة لالتهابِ القزحية .

(٣) KERATIC PRECIPITATES = KP's .

هيپوپيون ، وقد يكون الهيپوپيون صغيراً جداً بالكاد يرى ، وقد يملأ نصف الغرفة الأمامية فأكثر . وفي بعض الحوادث يظهر الهيپوپيون سريعاً ، وفي البعض يتأخر ظهوره ، وفي البعض يحضر ويزول عدة مرات في مدة سير العلة أو يزيد حيناً وينقص حيناً . وقد تكون مادة الهيپوپيون سيّالة بحيث تتحرك إذا أمال العليل رأسه من جانب إلى جانب ، وقد يكون على نوع من الجمود ولا تتحرك إما من جمودها
[١٣٨] وإما من / التصاقها بالقزحية والقرنية ، وقد يتلوَّن صديده بالدم المرتشح[١] حتى يصير أحمر اللون عوضاً عن صفرته الاعتيادية .

أما القرنية فعلى الغالب صافية إلا في الشكل المصلي ، كما سيأتي ، غير أنها قد تشترك في الالتهاب . أما البصر فمضطرب على درجات مختلفة بالنسبة إلى تكدر الرطوبة المائية وإلى درجة انقباض الحدقة ومقدار المادة المرتشحة في الحدقة . فإن لم تسد الحدقة بالمادة الفيبرينية ، المشار إليها ، واضطرب البصر اضطراباً زائداً وفقدت أو ضعفت قوة التحكيم يخشى وجود التهاب الجسم الهدبي أيضاً فتكون الحادثة مختلطة لا التهاباً قزحياً بسيطاً .

أما صلابة المقلة فطبيعية وساحة البصر متضيقة بالنسبة إلى شدة انقباض الحدقة أو بسبب السينيخيا .

أما اختلاطات التهاب القزحية فهي التهاب الجسم الهدبي[٢] ، وتصير العلة كيكليتس أو التهاب المشيمية فتكون العلة التهاب قزحي مشيمي[٣] . أما الأول فكثيراً ما يشغل قسماً من الصلبة أيضاً فتتسرأ كرياتها ويتولد صديد في نسيجها الموصل ، وأما الثاني فكثيراً ما يمد إلى الغشاء الهيالينى والشبكية والجسم الزجاجي أيضاً ، وقد يحدث التهاب القزحية التهاب محفظة البلورية أيضاً فتكون العلة التهاب قزحي محفظي . وقد يكون عرضاً من أعراض التهاب القرنية كما

---

(١) نقول : إن السببين الوحيدين لوجود الدم في البيت الأمامي (على ما نعلم) إما تحمّر القزحية = RUBIOSIS IRIDIS أي حدوث أوعية غير طبيعية على سطح القزحية وفي زاوية البيت الأمامي ، أو نتيجة رض شديد على العين وتمزق بعض الأوعية القزحية .

(٢) CYCLITIS .

(٣) CHORIO - IRITIS .

تقدم ، أو عرضاً من أعراض التهاب جميع أنسجة العين أي خراجة المقلة . فلنراجع الآن الأعراض المختصة بكل شكل من الأشكال المتقدم ذكرها .

١ ــ التهاب قزحي ذاتي بسيط أو فيبريني :

وقد سمي التهاباً مولداً بسبب المولدات الجديدة التي تحدث في سيره وقد سبقت / الإشارة إليها . وهذا الشكل من التهاب القزحية قد تكون [١٣٩]
أعراضه خفيفة ، أي احمرار الملتحمة والقسم الهدبي بعض الاحمرار ، أما الألم فخفيف وخوف النور قليل وتغير لون القزحية جزئي ، وربما لا تظهر الأعراض بما يكفي للتشخيص حتى يقطر محلول الأتروپين في العين فيتأكد التهاب القزحية بظهور سينيخيا خلفية وقلة تمدد الحدقة أو تمددها على غير انتظام . ثم في بعض الحوادث تشتد الأعراض المذكورة مع كيموسس وتدمع ، والقزحية تشبه قطعة صوف من المولدات الالتهابية على سطحها وعلى حافة الحدقة المنقبضة والرطوبة المائية مكدرة . وقد ذكر بعضهم حوادث فيها رفعت الرطوبة المائية طبقة المرتشح على القزحية برمتها فصارت في الغرفة المتقدمة شبيهة بالعدسية البلورية المخلوعة من موضعها ، ثم تزول في مدة ستة أو ثمانية أيام ، وأكثر المواد المرتشحة في هذا الشكل سهلة الامتصاص غير أنه إذا تكررت نوب الالتهاب وطالت مدتها تحدث تغيرات مستمرة لا تزول لا سيما سينيخيا خلفية وتضيق الحدقة أو سدها .

٢ ــ التهاب قزحي مصلي :

وهو المعروف سابقاً بالتهاب غشاء دسماة وكراتيتس أرقط والتهاب محفظة الرطوبة المائية : هذا الشكل مجلسه القزحية والنسيج الخلوي حول القرنية وحول قناة فونتانا[١] وقناة شلم ، ومولداته مصلية لا فيبرينية . وتكثر فيه الرطوبة المائية أو بالأحرى يمنع ارتشاحها في النسيج المحيط بسبب

---

(١) قناة فونتانا : هي إحدى القنوات المجهرية التي تحمل رشاحة الخلط المائي من زاوية البيت الأمامي إلى (قناة شلم) . (وولف : تشريح العين والحجاج) .

الالتهاب فتكثر لنزع الموازنة بين الإفراز والامتصاص ، وتتكون في الرطوبة
[١٤٠] المائية قطع صغار ترسم على سطح غشاء / دسماة أو في أسفل الغرفة المتقدمة والقرنية نافرة قليلاً فيزيد عمق الغرفة المقدمة . وربما كانت القرنية لامعة في أول الأمر ثم عن قريب تكمد وتظهر القطع ، المشار إليها ، على سطحها الداخلي فتصير رقطاء شبيهة بقمع الخياط ومن ذلك تسمية العلة سابقاً كراتيتس أرقط . والقطع ، المشار إليها ، مجلسها تارة تجاه الحدقة على هيئة دائرة وأخرى على هيئة مخروط أو هرم قاعدته نحو محيط القرنية والقطع الصغار نحو رأس المخروط والكبار نحو قاعدته ، وذلك برهان على كونها قطع ليمفاوية راسبة من الرطوبة المائية وترتب نفسها حسب ثقلها وجرمها . والالتهاب يفعل في الأپيثيليوم أيضاً وفي نسيج القرنية نفسها فتتصلب قطع منها وتوضع مواد صابغة فيها بعد حين .

أما **الأعراض الحادة** فليست شديدة ، ولون القزحية لا يتغير إلا قليلاً والحدقة على الغالب منتشرة عوضاً عن انقباضها ، وذلك ينسب إلى زيادة الضغط الداخلي للسبب ، المشار إليه آنفاً ، وأيضاً من تلقاء مد الالتهاب إلى الجسم الزجاجي وزيادة إفرازه أو بالأحرى منع الارتشاح والامتصاص بقطع الاتصال بين الرطوبة والنسيج الخلوي والأقنية حول القرنية ، كما سبقت الإشارة إلى ذلك . وقلّما تحصل سينيخيا خلفية في هذا الشكل ولكنه كثير الاختلاط بالتهاب الجسم الهدبي والمشيمية والشبكية وربما ظهر الالتهاب الاشتراكي على هذه الكيفية ، وزعم بعضهم أنه يحدث بعض الأوقات عن أسباب مزاجية وعن الزهري .

٣ ـ التهاب قزحي صديدي أو برنكيمي :

[١٤١] هذا الشكل يمتاز ، / عما سبق ، بانسكاب المولدات الالتهابية في نسيج القزحية نفسه فترم خيوطه وتغلظ ولون القزحية متغير أكثر مما يحدث في الشكلين السابق ذكرهما فيغلب اللون الأصفر فيها وتتولد أوعية جديدة وينسكب المرتشح الالتهابي على حافة الحدقة أيضاً وعلى سطح القزحية الخلفي فيحدث ملتصقات عريضة بينهما وبين المحفظة البلورية ، وبسبب ورم خيوط النسيج تتعوق الدورة فيه فتظهر أوردة غليظة متعارجة على سطحه

وربما انسدت الحدقة بالمرتشح المشار إليه وتظهر على سطح القزحية عقد صغار صفراً وتكسوها مادة خثرة صديدية[1] منتشرة فيها انسكابات دم ، وتلك المواد هي كريات بيض تائهة أو مجتمعات نوى أو كريات جديدة غير بالغة من النسيج الموصل من قبل التسرية ، وغالباً تفلت بعض تلك الكريات البيض والمتسربة إلى الغرفة المقدمة فيتولد هيپوپيون وتتعكر الرطوبة المائية ، والهيپوپيون قد يكون جزئياً مثل خط مصفر في أسفل الغرفة الأمامية وقد يملؤها إلى فوق حافة الحدقة ، وربما رافق هذا الشكل التهاب الجسم الهدبي والمشيمية .

أما الشكل الثالث أي الخصوصي والمزاجي فمنه :

أ ـ الزهري .
ب ـ الريوماتسمي[2] والنقرسي[3] .
ت ـ التعقيبي .

أ ـ **التهاب قزحي زهري :**

وهو شبيه بالبرنكيمي ، وفي أول الأمر لا يتميز عنه إذا ظهر مع أعراض الزهري الثانوي إلا بالقصة ، أما عند انتقال العلة إلى الدرجة الثالثة وقبل ظهور الأعراض الثالثية تتولد على القزحية العقد الصمغية الزهرية[4] ، وهي تارة محصورة في قسم من القزحية وأخرى منتشرة على كل أقسامها / أو متدلاة من حافة الحدقة ، لونها أصفر محمرّ [١٤٢]
ومنظرها منظر ثآليل منغرزة في نسيج القزحية ناشئة من عمقه ، وبنموها تدفع الخيوط العضلية مجانبة فتنفر إلى الغرفة المقدمة ، وعلى الغالب يكون مجلسها على ربع القزحية الأسفل الأنسي ، ومن

---

(١) تسمى هذه العقد في وقتنا الحاضر عقد BUSACCA = إذا ما وجدت في لحمية القزحية = IRIS STROMA وعقد كوبي = KOEPPE فيه إذا وجدت على حافة الحدقة = PUPILLARY MARGIN . عن (د. باميلا تشافيس) .

(٢) REUMATOID .

(٣) النقرس = GOUT .

(٤) تسمى في الوقت الحاضر = SYPHILLITIC GUMMA NODULES .

وجود كريات صبغية فيها ، وكثرة أوعيتها الدموية تتلون لوناً أحمر قاتم وكثيراً ما تحول حوؤلاً جبنياً ثم تسيل وتحول إلى مادة صفراء عكرة صديدية وتمتزج بالرطوبة المائية ، وتارة تمتص قبل حوؤلها ، أما القسم الهدبي من الصلبة فأحمر حول القرنية كلها غير أن أشد الاحمرار هو تجاه القسم المصاب من القزحية . وإذا امتصت يبقى موضعها أثراً في القزحية فإذا كثرت يعقبها من هذا القبيل ضمار قسم كبير من القزحية .

ب ـ **التهاب قزحي حراري ونقرسي** :

هذا الشكل ليست له أعراض خصوصية بل إنما هو التهاب قزحي بسيط حادث في سير الريوماتسم أو النقرس ، وتختلف أعراضه بين خفيفة وشديدة ، وقلّما ترافقه تغيرات تعتبر من قبل انسكابات التهابية أو من قبل هيپوپيون . وهي علة مستعصية كثيرة الانتكاس وتكرار النوب ، ومن ذلك تتولد سينيخيا خلفية والتهاب الصلبة والمشيمية وتصلب القرنية .

ج ـ أما **الالتهاب القزحي التعقيبي** :

فمختلط من الشكل الأول أي البسيط ، والشكل الثاني أي المصلي ، وله علاقة بالحراري لأنه في كل تعقيبة رافقها التهاب القزحية يظهر الحرار المفصلي[1] أيضاً ، أقلّه في مفصل من المفاصل . ويمتاز باختلاط الأعراض وبسهولة شفائه وزوال كل آثاره وسرعة رجوعه حالما يظهر التهاب مجرى البول في جميع أشكال [١٤٣] الالتهاب القزحي المتقدم ذكرها يكون الألم بالنسبة / إلى ضغط الأعصاب بالمولدات الالتهابية . فالشكل **الأول** أشد ألماً . **والثاني** لا يشتد فيه الألم إلا إذا اشتد الضغط الداخلي للأسباب المشار إليها آنفاً . وأما **الثالث** فألمه قليل على الغالب وكثيراً ما يصير الألم في كل

(١) لعله يقصد بذلك التهاب المفصل التعقيبي = GONORRHEAL ARTHRITIS .

الأشكال نوبياً يشتد ليلاً بعدما يأوي[1] العليل إلى فراشه وفي كل الأشكال يضطرب البصر لا سيما في النوع الثاني أي المصلي .

الأسباب : كل ما يؤذي العين ربما يؤدي إلى التهاب القزحية ومن الأسباب الأكثر وقوعاً :

١ ـ الآفات الميكانيكية واستمرار مواد غريبة في جيب الملتحمة أو دخولها إلى الغرفة المقدمة ، أو بلورية مزحزحة أو مخلوعة[2] إلى الغرفة المقدمة أو قطع من البلورية باقية بعد استخراج الكتراكت[3] ، وهي لا تفعل بكونها سامة من ذاتها كما زعم بل بدخولها الزاوية بين القرنية والقزحية فتضغط القزحية وتمغطها[4] ، ومن هذا الباب عرض القزحية على الهواء بنفورها من ثقب في القرنية أو اختناقها في الثقب .

٢ ـ آفات كيميائية[5] مثل دخول مواد حريفة أو كاوية إلى العين أو استعمال قطرات أو شيافات مضرة مهيجة .

٣ ـ اختلافات فجائية في الحرارة كالخروج فجأة من محل حام إلى الهواء البارد أو عكسه ، أو العرض على نور شديد وضعيف على التعاقب بالسرعة[6] .

٤ ـ فرط تشغيل العين في الأشغال الدقيقة أو تشغيل العين الهيپرمتروپية بدون الاستعانة بعوينات تصلح درجة الهيپرمتروپيا[6] .

---

(١) في الأصل : يتأوى .

(٢) بلورية مزحزحة = SUBLUXATED LENS ، بلورية مخلوعة = DISLOCATED LENS .

(٣) RETAINED CORTICAL MATERIAL .

(٤) هذه الفكرة غير مقبولة علمياً ، وإنما المقبول هو أنه القطع القشرية المتبقية بعد استخراج الساد تؤدي إلى ارتكاس التهابي يؤدي إلى التهاب القزحية = CHRONIC ANTERIOR UVIETIS .

(٥) يقصد بها مواد كيميائية = CHEMICAL BURNS .

(٦) هذه الفكرة غير مقبولة علمياً في الوقت الحاضر .

[١٤٤] ٥ ـ مد الالتهاب إلى القزحية من المجاورة لا سيما في التهاب / المشيمية الاشتراكي أو من القرنية في أنواع التهابها عقيب الجدري .

٦ ـ بعض السموم المرضية ، خصوصية كانت أو مزاجية ، مثل الزهري والحراري والنقرس وبعض الحميات ، والسبب الأكثر وقوعاً هو السم الزهري .

التهاب القزحية يصيب على الغالب البالغين فإذا ظهر في عليل عمره دون عشرة سنين يكون جرحياً أو تابع التهاب القرنية أو دليلاً على المزاج الحراري أو النقرسي الموروث أو على الزهري الوراثي ، وربما أصاب الإناث عند سن المراهقة وله حينئذ على الغالب تعلق بانحراف الطمث[١] . وبعد سبعين سنة من العمر قلّما يحدث التهاب القزحية إلا بسبب علة الكلاوكوما[٢] . ويصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث ، وقال بعضهم : يصيب العين اليسرى أكثر مما يصيب اليمنى ولو كان زهرياً وهذا ما لنا وجه للتعليل عنه .

التهاب القزحية المزمن : هذا النوع يمتاز بخفة أعراضه حتى يكاد العليل لا يشعر بعلة في عينيه ، فإن احمرار الملتحمة جزئي وكذلك احمرار القسم الهدبي من الصلبة ولا يشكو دمعاً ولا خوف النور ولا نڤرالجيا هدبية . أما الحدقة فمنقبضة بعض الانقباض وبطيئة الحركة أو معدومة الحركة ، وبالنور المتوارب ترى بعض الالتصاقات بين حافة الحدقة والمحفظة البلورية ، وإذا قطر محلول الأتروپين في العين تتسع الحدقة بعض الاتساع على غير انتظام فتظهر الالتصاقات المشار إليها بكل وضوح . أما لون القزحية فيتغير بالتدريج وهو مستمر ، خلاف
[١٤٥] ما يحدث في النوع الحاد فإنها تعود فيه إلى لونها الأصلي بعد قليل ، وأما في / المزمن فلا تعود إلى أصلها تماماً وتخسر القزحية لمعانها وتحنى خيوطها وتصفر أو تتحول إلى اللون الرصاصي ويسترق نسيجها ويضمر ويشاهد على سطحها أوعية كبار متعارجة . وكثيراً ما يشترك الجسم الهدبي والمشيمية في الالتهاب لا سيما في

---

(١) الفكرة غير مقبولة في الوقت الحاضر .
(٢) هذه الفكرة غير مقبولة أيضاً إذ أن الزرق قد يكون بسبب التهاب القزحية وليس العكس .

درجاته الأخيرة . هـذا النوع المزمن قد يعقب الحاد وقد يكون خبيثاً من أوله ، له من الابتداء علامات الإزمان وأكثر حدوثه مع التهاب القرنية ، وهو كثير الانتكاس على أسباب جزئية مثل استعمال العين قليلاً في القراءة أو ما مثلها ، أو من العرض على البرد والرطوبة وذلك يكثر في الحوادث التي ترافقها سينيخيا مؤخرة ، لأن وجود السينيخيا يهيج القزحية على الدوام كما يتضح لأدنى تأمل ، ثم كلما تهيج الالتهاب مرة يرتشح أكثر من الليمفا الالتهابية فتزيد السينيخيا ويتسع الالتصاق وتسد طرق الموازنة بين الإفراز والامتصاص بسبب المسامات إلى النسيج الموصل في الزاوية بين القرنية والقزحية فيظهر التهاب الجسم الهدبي والمشيمية وأعراض الكلاوكوما ، وعلى هذا النسق تسير العلة إلى تلف العين تماماً بالتهاب الشبكية وضمار المقلة ، وربما انتهى إلى خراجة المقلة . وهذه العوامل إذا أصابت عيناً واحدة واستمرت دون ضمار المقلة يخشى منها تهييج التهاب اشتراكي(١) في العين الأخرى .

أما **الإنذار** في التهاب القزحية فمبني على شدة الالتهاب وسببه ، فإن تعالج في ابتدائه قبل حدوث التصاقات بين القزحية والمحفظة البلورية أو كانت محصورة في حافة الحدقة سهلة التمزيق بالأتروبين يكون الإنذار حسناً . أما بعد حدوث التصاقات متينة لا تقبل الانفصال يكون الإنذار بضرر مستمر للبصر . والإنـذار / [١٤٦] في الشكل البسيط والشكل المصلي أحسن مما هو في الزهري والبرنكيمي بسبب المرتشحات الليمفاوية على حافة الحدقة وعلى سطح القزحية الخلفي . وكلما ظهر مَيْل إلى اشتراك طبقات العين الأُخر في الالتهاب صار الإنذار أردأ . أما في النوع الجرحي فبالنسبة إلى بلوغ الجرح وحدوث كتراكت جرحي وإصابة الجسم الهدبي والمشيمية .

العلاج : الأغراض في علاج التهاب القزحية :

١ ـ إزالة الأسباب المعِدَّة والمهيِّجَة .

٢ ـ منع تسرية كريات الأنسجة المصابة وحصرها في الدرجة الطبيعية .

---

(١) لعله يقصد بذلك التهاب العين الودي = SYMPATHETIC OPHTHALMIA .

٣ ـ دفع الأضرار الحاصلة من قبل المولدات الالتهابية الجديدة أو تصليح انحراف البصر الناجم عنها .

١ ـ لا بد من إزالة الأجسام الغريبة من العين ، وإذا كان السبب خلع البلورية أو سقوطها إلى الغرفة الأمامية فيجب استخراجها . وإذا كان الالتهاب إشراكياً يجب استئصال العين المهيِّجة[1] ، وفي النوع المزمن إذا كان السبب سينيخيا خلفية يجب قطع القزحية حالاً عند أول هجوع الأعراض ، ولا يجوز ذلك ما دامت العين في نوبة الهيجان خوفاً من النزف إلى داخل المقلة وسد الحدقة الجديدة بالمولدات الالتهابية وزيادة العلة[2] .

٢ ـ ومن أول الأمر يجب احتجاب العليل عن النور الشديد وعن تغيرات فجائية من الحرارة ، ويوقىٰ من البرد والرطوبة وتعصب العين المصابة وتستر الأخرى إما بمنديل أو بعوينات ملونة ، وإذا كانت العلة شديدة يجب حصر العليل في غرفته أو في فراشه واحتجاب النور عنه تماماً بحيث لا تمنع تهوية المحل ، وتجعل أطعمته لطيفة غير مهيجة مما لا يكلفه للمضغ .

[١٤٧] ثم ينبغي تسكين العين بواسطة محلول الأتروپين فإنه / بتوسيعه الحدقة يمنع حدوث سينيخيا خلفية ، وربما فصل الالتصاق إذا كان قد حدث وكان جزئياً قبل ما يتمكن بحيث يتعذر فصله وشله العضلة القابضة يمنع فعله تحت تغيرات النور وذلك يعين على تسكين الالتهاب في الأنسجة العضلية كما يحدث في إراحة أية عضلة ملتهبة كانت[3] . وهو يخفف الضغط الداخلي فتتسهل الدورة داخل العين ، وذلك يمنع الاحتقان في القزحية والجسم الهدبي ويلطف الأوجاع النقرالجية في المقلة وفي جوارها ، غير أنه لا يجوز تكرار القطر بالأتروپين أكثر من أربع أو خمس مرات في كل ٢٤ ساعة في أول

---

(١) لقد ثبت علمياً أن استئصال العين المتهيجة لا يؤدي بالضرورة إلى توقف التهاب القميص الوعائي = SYMPETHETIC OPHTHALMIA .

(٢) لا زالت هذه الفكرة مقبولة علمياً ، وينصح بعدم إجراء أي عمل جراحي على العين ما دامت في مرحلة الالتهاب الحادة = ACUTE INFECTION .

(٣) الفكرة لا زالت مقبولة علمياً .

الأمر لأجل فصل السينيخيا ، وإن لم يقصد ذلك يستكفي بما يلزم لتوسيع الحدقة فقط . ولا يستمر على استعماله طويلاً لأنه متى شبعت الملتحمة منه يحدث فيها التهاب مستعصٍ . ولأجل توسيع الحدقة فقط يكفي محلول قمحة أو قمحتين منه في وقية ماء طبية . وإذا قصد فصل السينيخيا يجب أن يكون المحلول نحو ٤ أو ٦ قمحات منه في وقية ماء طبية ، ويكرر التقطير به كل نصف ساعة مدة يوم أو ٢٤ ساعة حتى تنفصل السينيخيا أو يقطع الرجاء بذلك ، ثم يترك استعمال الأتروپين إلا نادراً لأنه إن لم تتسع به الحدقة يحدث تهيج النسيج العضلي بشده الخيوط المشععة على الدوام وجذبها حافة الحدقة الملتصقة بالمحفظة التصاقاً غير قابل الانفصال . أما زعمُ البعض بأن القزحية تخسر قوة الانقباض بالاستمرار على استعمال الأتروپين مدة طويلة فوهم لا أصل له[1] . وإذا ظهر ما مثل ذلك بعد التهاب القزحية فمن قِبَل ضمور النسيج العضلي لا من قبل مكث اتساع الحدقة بالأتروپين . / إن لم [١٤٨]
يظهر فعل الأتروپين فربما يكون من عدم امتصاصه بسبب شدة الالتهاب فقد ظهر من امتحانات (دوندرز)[2] وغيره أنه يفعل بنفوذه إلى غرفة الرطوبة المائية ، فإذا قطرت بالرطوبة المائية من عين تحت فعل الأتروپين في عين صحيحة تتسع حدقتها . فينبغي تخفيف الالتهاب بواسطة علق أو كؤوس للصدغ ، أو ببزل الرطوبة المائية وذلك بتخفيف الضغط الداخلي يعين على الامتصاص فيظهر فعل الأتروپين بتوسيع الحدقة وبتسكين الألم . وإن لم يرضَ العليل بمس العين لسبب شدة الألم ترمى حقنة محلول ربع قمحة مورفين مع $\frac{١}{١٢٠}$ من قمحة أتروپين تحت جلد الجبهة أو الصدغ . ويجوز أيضا ضمادات فاترة من محلول الأتروپين للعين ، أي جزء من الأتروپين في ٢٠٠ جزء من الماء الفاتر ضماداً . وبعض الأحيان تنفصل السينيخيا الخلفية بانقباض الحدقة شديداً بعد توسيعها على قدر الإمكان وهذا الغرض يتم بقطر

---

(١) لا زال التبرير العلمي لهذه الفكرة مقبولاً حتى يومنا .

(٢) دوندرز = FRANCISCUS CORNELIS DONDERS طبيب وجراح عيون من هولندة عاش معاصراً لـ (ڤون غريفي) أستاذ العيون في جامعة برلين بألمانيا والسير (وليام بوفان) في إنكلترا . (ديوك إلدر ٢٣٣/٧) .

محلول الأيسيـرين في العين فيستعمل محلول الأتـروپين ثم الأيسيرين على التعاقب إن لم يحدث عرض مانع لذلك .

٣ ـ إذا ظهـرت أعراض الإنسمـام بالأتـروپين مثل سـرعـة النبض وعسـر الإدرار ويبوسة الحلق وهيجان المثانة والأعضاء التنـاسلية وضعف الـذاكرة وهـذيان وأحلام مهيجة تقـاوم بواسـطة حقنة ربـع قمحة مـورفين تحت الجلد وتكرر حسب مقتضى الحال(١) .

وحدوث تلك الأعراض منسوبة إلى نفوذ المحلول إلى الأنف عن طريق القناة الدمعية ثم إلى الحلق ثم إلى بلعه .

ثم بعد تخفيف الالتهاب باستفراغ دم موضعي ينبغي إراحة العليـل ليلاً
[١٤٩] بواسطة جرعة كافية من هيدرات الكلورال / قبل ساعة النوم قليلاً ، وفي مدة اليقظة توافق ضمادات من الماء الأسمر المذكور آنفاً ، أو لزق صغار سخنـة من النخالة ، أو بزر الكتان موضوعة على العين .

إذا كان العليل من الذين لا يحتملون الأتروپين بسبب تهييجه الملتحمة يعوض عنه بالدبوازين(٢) ، غير أنه يجب تخفيف المحلول لأنه أشد وأسرع فعـلاً من الأتروپين ، ويستعمـل منه الكبـريتات المتعـادل ، وأشـار بعضهم بتذويب الأتروپين في زيت الخروع(٣) المكرر إذا هيَّج هيپريميا الملتحمة .

بعد تكسير حدة الالتهاب يوافق استعمال مرهم مركب من خلاصة البلادونا والمرهم الزيبقي أجزاء متعادلة منهما ، يدلك به الصدغ والجبهة مرتين أو ثـلاث كل يوم ويعصب بورق أخضر أو بحرير مشمع لأجل إعـانة الامتصـاص ، ويوافق أيضاً وضع ذرنوح وراء الأذن وتكراره أو تهييجه بمرهم الزيبق .

إن الشكل الذي ينتفع أكثر بقطرة محلول الأتروپين هو البسيط ، وقلّما ينفـع

---

(١) من المعلوم أن فعل المورفين الدوائي مضاد لفعل الأتروپين = ANTIDOTE .

(٢) الدبوازين : لم نجد لهذا الدواء اسماً في المراجع المتوفرة لدينا .

(٣) في الأصـل : (خرواع) . زيت الخـروع : هو زيت يستخـرج من بذور نبـات الخـروع ويستعمل مسهلاً . . أما هنا فيستعمله المؤلف كحالٍ للأتروپين .

في المصلي والبرنكيمي ، بل في المصلي تكون الحدقة متسعة بعض الاتساع من نفسها فيقتضي استعمال الأتروپين مرة أو مرتين ، وإذا ظهرت بعض الصلابة في المقلة يتحاشى الأتروپين . أما في الشكل البسيط المولدي ، فضلاً عن العلاجات المشار إليها آنفاً ، تعطى المستحضرات الزيبقية ويدهن بالمرهم الزيبقي نحو درهم منه على باطن الفخذين والإبطين . ويوافق في هذا الشكل وفي الزهري هذا المركب : زيبق بالطباشير ٤٠ قمحة ، كبريتات الكينا ٢٠ قمحة ، تصنع عشرين حبة تؤخذ واحدة كل صباح وكل مساء في العلة الحادة / وعند المساء فقط في [١٥٠]
المزمنة حتى يظهر فعل الزيبق . أو هذا : بي كلوريد الزيبق قمحتين ، يوديد البوتاسيوم نصف درهم ، ماء ٨ ﭬ يؤخذ نصف ملعقة كبيرة منه ثلاث مرات كل يوم .

وهذا العلاج ، مع استعمال المرهم الزيبقي دهناً ، على غاية الموافقة في الشكل الزهري إذا ظهرت ثآليل متدلاة من القزحية ويتناول العليل في الشكل الزهري محلول يوديد البوتاسيوم مع المستحضرات الزيبقية المشار إليها وبعض المواد المقوية مثل الكينا أو مستحضرات الحديد والكينا .

في **الشكل الحراري والنقرسي** يعوَّل على المسكنات والأتروپين لأجل منع السينيخيا والقلويات والكلسيوم أو سليسيلات الصوديوم ، وكثيراً ما يوافق فيه زيت التربنتيا على هذه الكيفية : زيت التربنتيا ثمانية دراهم ، زلال بيضة واحدة . إمزجْ وأضِفْ بالتدريج مستحلب اللوز ٤ ﭬ ، وشراب الليمون ٢ ﭬ ، وروح اللاوندا المركبة ٤ ﭬ يؤخذ من المزيج ملعقتان كبيرتان ثلاث مرات كل يوم .

وإذا تكدرت الرطوبة المائية كثيراً ، أو زاد الهيپوپيون ، يجب بزلها ويكرر العمل إذا اقتضى الأمر ذلك ، وتكرار البزل يوافق أيضاً لأجل تخفيف الألم من قبل زيادة الضغط الداخلي .

إذا استعصت العلة وتولدت سينيخيا غير قابلة الانفصال ينبغي قطع القزحية قطعاً كافياً ولا سيما إذا ظهرت أعراض اشتداد الضغط الداخلي المدلول عليه بالألم أو صلابة المقلة أو نفور قسم من القرنية أو من الصلبة في القسم الهدبي ويستدل على ذلك حالاً بالنور المتوارب فإنه يظهر الغرفة المقدمة / على هيئة [١٥١]

قمع ، وبعد قطع القزحية يستمر على العلاج المذكور آنفاً حسب مقتضى الحال .

أما في **النوع المصلي** أو التهاب غشاء دسماة ، علاوة عما تقدم ذكره ، يجب استعمال محلول الأيسيرين عوضاً عن الأتروپين ، ويكرر بزل الرطوبة المائية ومناولة مدرات البول والمعرِّقات لا سيما الپيلوكرپين حقناً تحت الجلد ، أي يضع منه محلول جزء من الپيلوكرپين لعشرة أجزاء ماء ويرمى تحت الجلد نحو أربع أو خمس نقط منه مرة كل يوم . وبما أن هذا الشكل بطيء السير ربما اقتضى ممارسة هذا العلاج عدة أيام متتابعة مع يوديد البوتاسيوم والأشربة المدرة البول ومع الحديد والكينا إذا كان العليل مستضعفاً .

أما **الشكل البرنكيمي** ففيه يعول على المستحضرات الزيبقية كما تقدم ويوديد البوتاسيوم والمصرفات[١] ، وكذا في الزهري الذي هو بالحقيقة نوع من البرنكيمي ، وكذلك محلول الپيلوكرپين . أما الأتروپين فلا يداوم استعماله . أما العشبة المغربية[٢] فيوافق استعمال خلاصتها على كميات وافرة والكميات القليلة منها عديمة النفع .

لأجل منع الانتكاس يجب على العليل التحفظ من الرياح الباردة ومن النور الشديد ومن تشغيل العين على النور الاصطناعي ومن كل الأطعمة والأعمال المهيِّجة ولا سيما الأشربة الروحية .

---

(١) المصرفات : يقصد بها المدرات البولية = DIURETICS .

(٢) العشبة المغربية : لم نجد لها شرحاً في المراجع المتوفرة لدينا .

إنه بسبب الاتصال الكامل بين جميع أقسام القطعة العنبية ، كما تقدم شرحه في الفصول السابقة ، كل التهاب بادىء في القزحية كثيراً ما يمتد إلى الجسم الهدبي وإلى المشيمية وبالعكس حتى يحسب أشد الخطر في التهاب القزحية سري الالتهاب إلى المشيمية ، ومن أكبر الأسباب لذلك ما سمّي (فصل الحدقة)(٢) وهو أن تلتصق حافة الحدقة بالمحفظة البلورية فتقسم بذلك الرطوبة المائية إلى قسمين لا اتصال بينهما وتبقى الحدقة صافية ، والأمر واضح أن اختلافات النور الدائمة واختلافات التحكيم لها أن تحدث تغيرات دائمة في الحدقة ، فإذا منعت بسبب الالتصاق المشار إليه تتهيج القزحية بالجذب الدائم على حافة الحدقة الملتصقة وبمنع الاتصال بين الغرفة المقدمة والخلفية المشار إليه تمنع الموازنة في الضغط بين أقسام العين وهو أمر ضروري لصحتها .

لهذه العلة الأشكال أو الهيئات التي لإلتهاب القزحية ، كما ذكر في الفصل السابق ، غير أنه قلّما تعتبر تلك للإنذار والعلاج في هذه العلة بل تُعتبر لها هيئتان تعرفان من هيئة القزحية ، أي في الأولى تكون القزحية على هيئة قمع أعمقها في الحدقة(٣) وفي الثانية تكون مسطحة مستوية كلها مندفع نحو القرنية(٤) وسوف نذكرها بين الهيئتين .

١ ـ أما **الهيئة الأولى** : فيها تبتدي العلة بالتهاب القزحية ، فإن لم تتوسع الحدقة سريعاً بالأتروپين تتكون سينيخيا خلفية سريعاً في أقسام شتى من دائرة الحدقة تؤدي أخيراً إلى فصل الحدقة/ ، كما ذكر آنفاً ، وربما بقيت الحدقة نفسها [١٥٣]
صافية إلا عند الحافة تماماً حيث ترى قطع من العنبية مثل خرز أو عقد صغار

(١) CHORIO - IRITIS .

(٢) لعله يقصد بذلك = TOTAL POSTERIOR EYE DISEASE .

(٣) CONCAVED IRIS .

(٤) CONVEXED IRIS .

على المحفظة وتظهر تلك العقد في سائر نسيج القزحية أيضاً وهي نافرة إلى الأمام ، وذلك النفور ناتج عن ضغط المرتشح المصلي خلفها . فبعض أقسام القـزحية تقـاوم ذلك الضغط والبعض لا يقـاومه فتنفـر كمـا تقـدم . وبسبب التصاق حافة القزحية لا تدفع الحدقة إلى الأمام بـل يدفـع كل القـزحية بين الحـدقة والجسم الهـدبي ، فربمـا صارت تلمس سـطح القرنيـة المؤخر إلا قليلاً ، وتنحدر إلى العمق نحو الحدقة فتصير هيئتها هيئة قمع .

أمـا لون القـزحيـة فمُخضـرٌ أو رمـادي مـزرقّ ، وإذا رمي عليهـا النـور المتـوارب تـرى خيـوطهـا منفصلة ممتغـطة وعليهـا بعض الأوردة المتمـددة المتعارجة ، والقزحية على الإجمال تبان تـارة كأنهـا مشدودة وأخـرى كأنهـا مرتخية ، وذلك حسب زيادة السيال ورائها ونقصانه .

أما صلابـة العين فطبيعيـة في أول الأمر ثم تـزيد[١] ثم تقـلّ إلى درجة الضمور[٢] . أما البصر فإذا كانت الحدقة خالية من المواد الغريبة صافية فقلّما يتغير في ابتداء الأمر ولكنه يتناقص سريعاً عندما تأخـذ القزحيـة بالنفـور إلى الأمام ، وإذا سمحت صفاوة الحدقة والبلوريـة بنفوذ النـور إلى داخل العين ترى مواد غريبة عـائمة في الجسم الـزجاجي[٣] وربمـا تكدر صفـاؤه بحيث لا يرى قعر العين وذلك دليل على امتداد الالتهاب إلى الجسم الهدبي وإلى المشيمية . وإذا قطعت القزحية[٤] في هذه الحالة ينفذ من الرطوبة المائية ما
[١٥٤] هو أمام القزحية حالاً عند شق القرنية ، / وأما ما خلفها فلا يخرج حتى يقطع قسم من القـزحية وعنـد ذلك يجـري من العين سيال مـائي مصفـر من وراء القزحية وهي تعود إلى سطحها الاعتيادي . وأما الحدقة الاصطناعية الحادثة من هذا العمل فقد تكون صافية إلا عند حافتها وقد يرى خلفها قطع من العنبية

(١) OCCLUSIVE GLAUCOMA .

(٢) SECONDARY PHTHESIS BLUBI .

(٣) هي الخـلايـا الالتهـابيـة والارتكـاس الالتهـابي في الجسم الـزجـاجي = SECONDARY VITRITIS .

(٤) PERIPHERAL IREDECTOMY .

قد انفصلت من القزحية والتصقت بالمحفظة .

أما البصر فضعيف إلى درجة لا يعلل عنها بدرجة انسداد الحدقة ، ولا بتكدر الرطوبات ، فيشكو العليل ضباب كثيف أو دخان على كل الأشباح وذلك يزيد بالتدريج حتى لا يميز شبحاً ، وهذه الأعراض تدل على اشتراك الشبكية والعصب البصري في العلة[١] . وفي الظلام يشكو ، بعض الأحيان ، تصور قطع براقة أو بيضاء أو نيّرة تجاه العين[٢] ، وتزيد إذا زادت الدورة أو تهيج الجهاز العصبي .

أما الألم فبليد على الغالب ولكنه تارة يشتد على هيئة نوب نڤرالجية على مسير فروع الزوج الخامس . وبعض الحوادث الحادة ترافقها حمى وقذر اللسان وانحراف شهوة الطعام أو غثيان وأقياء .

٢ ـ أما **الهيئة الثانية** : ففيها تبقى القزحية على استواء واحد ولكنها مدفوعة كلها نحو القرنية بحيث تخسر الغرفة الأمامية أكثر عمقها فتصير رقيقة جداً ولا تجذب الحدقة إلى الوراء ولكنها مسدودة بمادة ليمفاويّة ، أو بغشاء كاذب ، وملتصقة على دائرها بالمحفظة وخيوط القزحية ممتغطة غير واضحة محمرّة اللون . وهذه الظواهر ينسب بعضها إلى تكدر / الرطوبة المائية [١٥٥]
وبعضها إلى الهيپريميا ووقوف الدورة الوريدية فيها فتتكون فيها أوردة متسعة متعارجة . واندفاع القزحية إلى الأمام ليس من قبل تجمع السيال ورائها بل لاندفاع البلورية كلها بزيادة الضغط ورائها[٣] . والمواد الحاصلة من المرتشح الالتهابي وتسرية الكريات تشغل أكثر الغرفة الخلفية وتلتصق بالمحفظة وكريات المحفظة نفسها تتسرأ ، وأما البلورية نفسها فتارة تظلم وأخرى تبقى صافية . وإذا قطعت القزحية قطعاً بسيطاً فلا فائدة فيه لأن الفتحة المصطنعة

---

(١) العلامات السريرية التي ذكرها المؤلف تتوافق مع علامات ضمور العصب البصري .

(٢) تسمى في الوقت الحاضر : الومضات الضوئية = LIGHT FLASHES .

(٣) نقول : بل السبب الأساسي هو انسداد الحدقة وتجمع الخلط المائي في البيت الخلفي وبالتالي دفع القزحية إلى الأمام وسد زاوية البيت الأمامي وبالتالي حدوث الزرق الحاد = OCCLUSIVE GLAUCOMA .

فيها تُستَدُّ سريعاً من المرتشحات الالتهابية الحاصلة من العمل الجراحي[1] ، وأخيراً تضمر المقلة كلها إن لم تتوقف العلة بالعلاج الموافق الآتي ذكره .

في بعض الحوادث تمتزج أعراض الهيئتين المذكورتين أو تظهر الهيئة الأولى في ابتداء المرض ثم تعقبها الثانية ، أي تكون العلة قد سارت في درجتها الثانية نحو الضمار وفقد البصر .

الأسباب والسير :

أسباب هذه العلة مثل أسباب أشكال التهاب القزحية ولا سيما الضربات أو الجروح أو مكث مواد غريبة في العين وخلع البلورية أو ورمها وضغطها على الأعصاب بعد تمزيق المحفظة . أما إيذاء المشيمية وحدها فقلّما يحدث العلة التي نحن في صددها ، وقد شوهدت المشيمية ممزقة عقيب ضربة أصابت المقلة ولم يحدث من ذلك التهاب متسع ، فإنه في أول الأمر ينسكب دم في الجسم الزجاجي حتى لا يرى قعر العين مطلقاً ثم بعد امتصاصه يرى خط أبيض دقيق طويل كأنه نافر من قعر العين ، وعلى الغالب يكون موقعه إلى وحشية الحلمة البصرية وهو من قبيل تلؤلؤ الصلبة في شق المشيمية وقد يكون مفرداً وقد يتعدد[2] / . [١٥٦]

في بعض الحوادث تبتدىء العلة في القزحية وتمد منها إلى سائر أقسام القطعة العنبية ، وفي البعض تبتدىء في المشيمية أو الجسم الهدبي وتمد منها إلى القزحية ، وإن لم يشاهد العليل من أول الأمر ربما تستحيل معرفة كيفية ابتداء المرض . غير أنه إذا كانت قد ابتدأت في القزحية ترى عواقب تكرار نوب التهابية وإن نسيج القزحية قد تغير لونه ، أو فسد واسترق ، أو ضمر ضموراً . ولا تظلم البلورية حتى أواخر سير العلة والبصر أصلح لأن اضطرابه متوقف على المواد

---

(١) الفكرة مقبولة علمياً حتى وقتنا الحاضر . إذ أن خزع القزحية المحيطي غير مجدي في التهاب القزحية ، إذ أن الفتحة في القزحية تتندب بسرعة كبير .

(٢) يصف المؤلف هنا وبدقة سريرية متناهية تمزق المشيمية الرضي = TRAUMATIC CHOR- OIDAL RUPTURE .

السادّة الحدقة وليس على إظلام البلورية أو الزجاجية حتى تبلغ درجاتها الأخيرة . وإذا ابتدأت في المشيمية يظهر في أوائلها إظلام الجسم الزجاجي وانفصال الشبكية بانسكاب مصل أو دم تحتها وارتخاء صلابة المقلة(١) الطبيعية ، ثم إظلام البلورية . وعلى الغالب يبتدىء في قطبها المؤخر(٢) ثم يمد إلى كل أقسامها . وأخيراً تحول العدسية حوؤلاً كلسياً(٣) وتارة تبتدي فجأة فيشكو العليل نقصان البصر سريعاً في عين واحدة أي مثل دخان أو ضباب تجاه عينه يزيد من يوم إلى يوم ، وأخرى تسير سيراً بطيئاً مزمناً بين خفة واشتداد عدة أشهر وسنين ، وفي بعض الحوادث لا تظهر أعراض واضحة في القزحية حتى بعد سير العلة مدة أو بعد إظلام البلورية ثم تلتصق بالمحفظة وتدفع إلى الأمام كما تقدم ذكره .

ومن أوضح الدلائل للتمييز بين هاتين الهيئتين اتساع ساحة البصر ، فإنه في الأولى تبقى ساحة البصر واسعة وفي الثانية تضيق بسبب انفصال الشبكية ، فإذا ميز العليل نور / قنديل مثلاً إذا وضع تجاه أسفل ساحة البصر ولم يميزه إذا وضع تجاه [١٥٧]
أعلاه فذلك دليل على انفصال الشبكية في القسم الأسفل(٤) .

وهذه العلة تبتدي على الغالب في عين واحدة ولكنها عن قريب تسري إلى العين الثانية ، وسوف نذكر العلة الاشتراكية على حدتها في الفصل التابع هذا .

الإنذار : أما الإنذار فمتوقف على هيئة العلة ودرجتها ، فإن كانت بسيطة غير مختلطة بعلل الشبكية ولا إيذاء المشيمية ، ولا إظلام البلورية ، وشوهدت في أولها وبقيت الحدقة صافية ولم تدفع القزحية إلى الأمام كثيراً ، وبقي البصر على نوع من الوضوح وساحة البصر طبيعية ينذر إنذاراً حسناً . والإنذار في الهيئة الأولى أحسن مما هو في الثانية ، وهو أرداها يكون إذا حدث انفصال الشبكية وعند ذلك لا يصلح إجراء عمل جراحي طمعاً بإعادة البصر أو توقيف المرض بل إنما لأجل

---

(١) HYPOTONY .

(٢) POSTERIOR SUBCAPSULAR OPACITY .

(٣) CALCIFIED LENS .

(٤) الفكرة صحيحة علمياً ، فانفصال القسم السفلي من الشبكية يحدد القسم العلوي من الساحة البصرية والعكس صحيح .

إزالة الألم ومنع الالتهاب الاشتراكي في العين الأخرى(١) . أما ضمور المقلة بعض الضمور فلا يمنع إجراء العمل الجراحي اللازم بل ربما أوقف الضمور أو أصلحه حتى تعود المقلة إلى امتلائها الطبيعي وصلابتها الطبيعية . إذا ضمرت العين بعد انفصال الشبكية فتارة تخسر القرمة(٢) حساسيتها وتحمل عيناً زجاجية وأخرى تتألم كل مدة وتلتهب وربما أدى ذلك أخيراً إلى خراجة المقلة وفراغها أو إلى التهاب اشتراكي .

العلاج : بما أن هذه العلة على الغالب عاقبة التهاب القزحية على أحد
[١٥٨] أشكاله يقتضي اتخاذ كل الوسائط لمنع هذه / العاقبة كما تقدم ، وبما أن السينيخيا الخلفية الحادثة من أشد الأسباب المهيجة للقزحية فيقتضي أولاً محاولة فصلها بواسطة الأتروپين والأيسيرين لعلها تنفصل إما بالانتشار الزائد وإما بالانقباض الزائد أو بكليهما على التعاقب . فإن كانت شديدة الالتصاق واسعة المساحة أو فاصلة الحدقة كلها ، كما تقدم في الفصل السابق ، فلا يطمع بانفصالها بالوسائط المشار إليها بل يقتضي قطع القزحية بحيث تتكون حدقة اصطناعية ، ويعاد الوصل بين غرفتي الرطوبة المائية . وهذه العملية على الغالب كافية لتسكين الأعراض وإزالة الالتهاب ، غير أنه قد يتهيج ثانية من قبل البرد أو شدة النور أو فرط استخدام العين حتى يقتضي قطع القزحية ثانية ، وهذا العمل الثاني يجب أن يكون في الجهة المقابلة مجلس العملية الأولى(٣) . وقطع القزحية المزدوج على هذا النسق يكون إما عمودياً وإما مستعرضاً حسب مقتضى الحال ، غير أنه يختار العمودي على المستعرض إذا كان ممكناً لسبب تغطيه الجفن العلوي

---

(١) لقد تغير إنذار هذا المرض ولا سيما بعد تطور العمل الجراحي لانفصال الشبكية ، وبعد دخول استئصال المائع الزجاجي مجال الممارسة العملية منذ عام ١٩٧١ .

(٢) يقصد المؤلف فقد القرنية حساسيتها وقبولها العين الزجاجية أو البلاستيكية الاصطناعية دون تخريش أو ألم .

(٣) لا تزال وصية المؤلف متبعة في الوقت الحاضر . . . أي يجب إجراء خزع القزحية = PERIPHERAL IRIDECTOMY في مكان آخر في القزحية يختلف عن المكان الأول . فإذا تم الخزع الأول في الربع العلوي الوحشي ، فيجب أن يتم الخزع الثاني في الربع العلوي الأنسي أو السفلي الوحشي ـ على سبيل المثال .

المقطع الأعلى ، وذلك يخفف دوائر التفريق المكونة على الشبكية بسبب وسع الشق في القزحية . وإذا كانت القزحية مندفعة إلى الأمام إلى قرب سطح القرنية الخلفي بحيث لا عمق للغرفة المقدمة يعسر فتح تلك الغرفة بالسكين الرمحي الاعتيادي المستخدم في عملية قطع القزحية فيكون الأولى فتحها بسكين (كريفي) الدقيق المستخدم لاستخراج الكتراكت .

كثيراً ما يحدث أنه بسبب كثرة وضع العنبية على المحفظة لا ينفذ النور إلى الشبكية بعد قطع القزحية مرة أو اثنتين ، كما / تقدم ، فعند ذلك تقطع ثالثة في [١٥٩]
مجلس آخر لعله فيه تكون المادة المشار إليها أقل بحيث لا تمنع نفوذ النور في البلورية إلى الشبكية . وفي هذه الحالة قد أشار بعضهم باستخراج البلورية كلها لا سيما إذا كانت قد أظلمت .

أما الحوادث من الشكل الثاني التي فيها تكثر المرتشحات وراء القرنية بينها وبين البلورية فعند محاولة قطع القزحية ترى تاخّة(١) لا يستخرج منها إلا ما يلقطه الجفت فتتمزق وربما تهيج بذلك التهاب جديد وتسريه كريات الأنسجة ثانية ثم ضمور المقلة كلها وكتراكت جرحى . وفي هذه الحوادث يجب إنفاذ سكين (كريفي) من جانب القرنية إلى الجانب الآخر ، كما في عملية استخراج البلورية . غير أنه يجب إمراره في القزحية نفسها بحيث تقطع وتمزق المحفظة معاً ، ثم يدخل الجفت ساقاً منه بين القزحية والقرنية والساق الآخر بين القزحية والبلورية وتجذب المواد التي يلقطها إلى الخارج ، وإذا اقتضى الأمر تفصل بمقراض دقيق وبعد ذلك يستخرج ما بقي من البلورية بسهولة .

إذا كان القسم الهدبي متألماً تحت الضغط والهيجان شديداً ينبغي تأخير كل عمل جراحي إلى أن يسكن نوعاً . وإن لم تنجح الوسائط ، المشار إليها آنفاً ، لإزالة الالتهاب يقتضي استئصال المقلة دفعاً لحدوث الالتهاب الاشتراكي في
العين الثانية / . [١٦٠]

---

(١) (تاخّة) : كلمة عامية تعني مهترئة ، ضامرة = ATROPHIC .

التهاب العين الاشتراكي[1]

إذا أصابت عيناً واحدة إيذاء عَقِبَهُ التهابها ثم مد إلى العين الأخرى بعد مدة طالت أو قصرت فهو المراد بالالتهاب الاشتراكي ، وهو غالباً من الشكل المولدي ، وأخرى مستعصي جداً شديد الخطر ، ويحدث تارة على هيئة التهاب القزحية والجسم الهدبي وأخرى على هيئة التهاب المشيمية والشبكية ، وأخرى على هيئة التهاب قزحي مصلي أي الشكل الثاني من أشكال التهاب القزحية المذكور في الفصل السابق .

قد يحدث نوع من الهيجان العصبي في العين السالمة بعد إيذاء عين واحدة شبيه بالالتهاب الاشتراكي ولكنه لا ينتهي إلى عواقبه الرديئة . ومن **أعراضه** أنه كلما تهيجت العين المصابة تتهيج السالمة نوعاً فلا يستطيع العليل أن يستخدمها في القراءة ولا الكتابة ولا شغل آخر دقيق وتخسر قوة التحكيم ، أو بالأحرى لسبب هيجان العضلة الهدبية تتألم كلما حاول العليل استخدامها بتحكيم عينه للأشباح القريبة فيشكو تدمعاً وخوف النور واحمرار القسم الهدبي ونفرالجيا على مسير الأعصاب الجبهية ، ثم عند إراحة العين تزول هذه الأعراض كلها وتعود عند إعادة الشغل وعند عرض العين على النور الشديد وعلى البرد . وإذا استخدمت العين السالمة تتهيج المصابة ، وفي بعض الحوادث تغلب الأعراض العصبية على الأعراض الالتهابية أي شدة خوف النور والتدمع واعتقال المحيطة الجفنية ، فإذا
فتحت العين قهراً يسيل منها مجرى غزير من / الدموع الحارة ، أما قوة البصر [١٦١]
فسالمة . وقال بعضهم : إن هذه الأعراض لا تنتهي إلى التهاب اشتراكي غير أنه من استعصائها تستلزم استئصال العين المصابة ولا سيما إذا كان قد فقد بصرها بسبب الإيذاء السابق[2] .

---

(١) التهاب العين الودي = SYMPATHETIC OPHTHALMIA .

(٢) ينصح في وقتنا الحاضر باستئصال العين المصابة فور التحقق من فقد القدرة على تمييز الضوء .

أما التهاب القزحية والجسم الهدبي والمشيمية الاشتراكي فأعراضه أعراض التهاب شديد داخل العين ، أي ورم الجفون بعض الورم واحمرارها واحمرار القسم الهدبي وخوف النور وتدمع وأوجاع نقرالجية في المقلة وحولها ، غير أن الألم ليس من الأعراض الضرورية وربما لم يشكو العليل ألماً البتة وذلك ليس بنادر بين الأصاغر . أما القسم الهدبي فيتألم تحت الضغط ، ومن **أول الأعراض المنظورة**: التصاق القزحية بالمحفظة البلورية حتى تحدث سينيخيا خلفية تامة فتأخذ الرطوبة المائية ، في أول الأمر ، هيئة قمعية غير أنه بسبب الالتصاق بين الصلبة والجسم الهدبي وتقلصهما تتسع الغرفة الأمامية عند محيطها . وأما الحدقة فتدفع إلى الأمام حتى تقرب غشاء دسماة والقزحية عديمة الحركة والحدقة تسدها مواد التهابية . وفي أول الأمر تشتد صلابة المقلة[1] ثم تقلّ بسبب انمحاء بعض أوعية المشيمية . وأما الجسم الزجاجي فتقلّ تغذيته فيتعكر والرطوبة البلورية تظلم والمقلة تضمر ، وهذا الضمور في البالغين مستمر وأما في الأصاغر فكثيراً ما تنفتح أيضاً طرق الارتشاح حول القرنية بسبب جذب الجسم الهدبي إلى الوراء فتعود العين إلى امتلائها ، والقرنية المسطحة تعود إلى كرويتها ، والمواد المولدة تضمر وتحول ونسيج القزحية يسترق فتصفى الحدقة نوعاً وكذلك الجسم الزجاجي / [١٦٢]
يزول كدره ، ولكن البصر قلّما يصطلح ، وبسبب ذلك فعل الالتهاب في الشبكية وفي العصب البصري . وهذه الأعراض قد تسري بدون ألم يُنتبه إليه حتى يشعر العليل بضعف البصر وذلك يلجئه إلى الطبيب غير أنه على الغالب يكون الجزء من القسم الهدبي الموافق القسم المصاب في العين المؤذية شديد الألم تحت الضغط .

إذا أخذ الالتهاب الاشتراكي الهيئة المصلية مثل الشكل الثاني ، المشار إليه في الفصل السابق ، تشبه أعراضه الأعراض المذكورة لذلك الشكل أو أعراض التهاب القزحية والجسم الهدبي أي احمرار القسم الهدبي وتغير لون القزحية باتساع الحدقة بعض الاتساع والرطوبة المائية مكدَّرة بعض التكدر ، وسطح القرنية الخلفي أرقط بسبب انتشار نقط مظلمة عليه ، ربما تكون على هيئة هرم

---

(١) أي يرتفع الضغط داخل العين = ELEVATED INTRA - OCULAR PRESSURE .

قاعدته إلى الأسفل . وتارة يزيد عمق الغرفة المقدمة ، وإذا امتد الالتهاب إلى الجسم الهدبي يتألم تحت الضغط ، والجسم الزجاجي يتعكر صفاؤه ولا سيما إذا حدث التهاب المشيمية ، وكثيراً ما تشتد صلابة المقلة وهذا الشكل أقل حدوثاً وأقل خطراً من الهيئة الأولى أي التهاب قزحي مشيمي ولكنه قد ينتهي إليه .

وقد ذكر بعضهم نوعاً آخر سمي **التهاباً مشيمياً شبكياً اشتراكياً**[١] ومن **أعراضه** : ضعف البصر سريع الوقوع وتضيق ساحة البصر بحيث تنقص حدة البصر إلى خمسها الطبيعي في نحو يومين . وهذا الضيق واقع غالباً على الجانب الوحشي من الشبكية ، وبالمرآة العينية ترى أوردة الشبكية متسعة متعارجة والشبكية
[١٦٣] نفسها / مثل غمامة حتى تختفي الحلمة البصرية نوعاً ثم تظهر أعراض التهاب القزحية ونقط مظلمة على غشاء دسماة وتُشَلُّ قوة التحكيم ثم تزول الأعراض تدريجياً فيعود البصر إلى حالته الطبيعية ولا سيما تحت **العلاج** الموافق أي استفراغ دم موضعي ويتناول بي كلوريد الزيبق أولاً ثم يوديد البوتاسيوم .

الأسباب : هي كل ما يحدث التهاباً مولداً في الجسم الهدبي فيعد منها :

١ ـ جروح العين قاطعة كانت أو واخزة أو راضّة ، ولا سيما إذا كان مجلسها القسم الهدبي أو نفذ قسم من القزحية واختنق في الجرح[٢] .

٢ ـ استقرار جسم غريب داخل العين مثل قطعة كبسول نحاس ، أو قطعة حديد ، أو نسر زجاج ، أو حجر أو جنين الكستو شركوس[٣] أو حيوان آخر من الحيوان الحلمي[٤] لأن تلك المواد تهيج التهاباً مستمراً أو منقطعاً مدة مستطيلة . وأخيراً تشترك فيه العين السالمة . وربما تتكيس تلك المواد في العين فتستقر فيها زماناً بدون أن تهيجها ، ثم عند وقوع سبب ، أو بدون سبب ظاهر ، تتهيج وتلتهب ثم تهجع ، ويتكرر العمل حتى يمد الالتهاب إلى العين السالمة ، كما تقدم ذكر حوادث فيها تهيجت العين وحدث التهاب

---

(١) SYMPATHETIC CHORIO - RETINITIS .

(٢) الفكرة لا زالت سليمة ومقبولة علمياً .

(٣) CYSTICERCOSIS انظر الحاشية (٦) ص ١٣٢

(٤) مثل البراغيث أو القراد .

اشتراكي بعد مكث الجسم الغريب فيها ٢٠ سنة(١) .

٣ ـ التهاب داخلي في العين لا سيما إذا رافقه انسكاب دم فيها أو تكررت نوبه مع تغيرات فجائية في الضغط الداخلي ، أو وضعت مواد عظمية أو كلسية أو خولتسرينية(٢) في المشيمية فتبقى مؤلمة تحت الضغط ، وينتهي ذلك إلى انفصال الشبكية أو خلع البلورية ، وكثيراً ما يحدث هذا النوع من قبل من ناميات غريبة في العين سليمة كانت أو خبيثة / . [١٦٤]

إن خطر حدوث الالتهاب الاشتراكي هو على أعظمه بعد الأسبوع الأول عقيب حدوث الإذاء إلى مدة خمسة أسابيع . أما في الأسبوع الأول فلا يخشى من هذا القبيل ، وبعد ستة أسابيع يتناقص خطر حدوث الالتهاب الاشتراكي غير أنه لا يزول تماماً ما دامت العين المصابة في الوجود كما سبقت الإشارة إليه .

زُعم سابقاً أن الالتهاب الاشتراكي يمد عن طريق العصب البصري ، أي يلحقه إلى المجمع البصري(٣) ومن ثم إلى العين الأخرى . وظهر فساد هذا الرأي من حدوث هذا النوع من الالتهاب مع ضمار العصب البصري وحوؤله حوؤلاً كلسياً . والرأي المتفق عليه الآن هو أنه يحدث بواسطة الأعصاب الهدبية ولذلك يشتد خطر حدوثه إذا تأذى القسم الهدبي ، ويقل خطر حدوثه إذا فسدت الأعصاب الهدبية تماماً فلا يحدث بعد خراجة المقلة ولا بعد استئصالها . والعين البازلة ذات أستفيلوما كبيرة أقل خطراً من مقلة ضامرة بعض الضمور .

الإنذار : إن الإنذار في هذه العلة رديء جداً بعد ابتداء الالتهاب في العين السالمة ، غير أنه في أول الأمر ، عند أول ظهور الهيجان ، تتوقف العلة باستئصال العين المهيِّجة ، ولكن إذا كانت قد تقدمت إلى درجة التهاب القزحية والجسم الهدبي في السالمة فلا يوفقها استئصال الأخرى . وربما انخفضت الأعراض بعض الأيام عقيب الاستئصال ولكنه يتجدد عن قريب ويسير سيره إلى إتلاف

---

(١) لقد ذكر التهاب العين الودي بعد أكثر من ٣٠ سنة لدى جنود أصيبوا بأجسام أجنبية في إحدى العينين في الحرب العالمية الأولى . ولا بد وأن نهنىء المؤلف على سبقه في هذا المجال .

(٢) لعله يقصد كولسترولينية = CHOLESTEROL .

(٣) يقصد التصالب البصري = OPTIC CHIASM .

[١٦٥] البصر . والشكل المصلي / يذعن إلى العلاج أكثر من سائر أشكاله ، وقال بعضهم : إن الإنذار أحسن إذا ابتدأ الالتهاب في القزحية مما هو إذا ابتدأ في المشيمية ، وأردأ ما يكون إذا ابتدأ في الجسم الهدبي .

هذه العلة تصيب الأصاغر والأحداث أكثر مما تصيب المتوسطي العمر والأشياخ ، وسيره في هؤلاء أسرع من سيره في الأشياخ .

هذه العلة كثيراً ما تحدث فجأة بدون أعراض منذرة ، فلا يشكو العليل اضطراباً في قوة التحكيم ولا ضعف العين ولا احمرارها ولا تدمعاً ولا خوف النور . فينبغي فحص العين بمرآة بسيطة لأجل الاكتشاف عن تكدر الرطوبة المائية أو نقط رقطاء على غشاء دسماة لأن هذه الأمور تنبىء بالخطر القريب . ومن الجهة الأخرى إذا ظهر تدمع وخوف النور سريعاً في العين السالمة بعد إيذاء أختها لا يجوز المبادرة إلى تشخيص الالتهاب الاشتراكي لأن ذلك قد يكون عصبياً ، كما تقدم . واستئصال المقلة عملية مزعجة جداً يكتئب كل واحد من التفكر بها ، فلا يجوز إجراؤها بدون سبب كاف . وعند وقوع الاشتباه يوافق قطع الأعصاب الهدبية والعصب البصري وراء المقلة دفعاً لسري الالتهاب على المبدأ المشار إليه .

العلاج : الغرض الأول هو إزالة كل سبب مهيّج اشتراكي وذلك يتم باستئصال العين المؤذية المصابة ، ولا يجوز التأخير لأنه بعدما تتمكن أعراض الالتهاب الاشتراكي لا تتوقف باستئصال الأخرى . ولا ريب في هذا الأمر إذا كانت المصابة
[١٦٦] قد فُقِدَ بصرها ، ولكن إذا كانت لم تزل باصرة مثل أختها ، أو / أفضل منها ، كما يحدث أحياناً ، يقع الطبيب في ارتباك كلي من جهة وجوب استئصال عين باصرة تَوْفِرَةً لأخرى أقل فائدة منها . وفي حالة نظير هذه أشار بعضهم إلى قطع الأعصاب الهدبية في المؤذية ، فتقطع أولاً العضلة المستقيمة الموافقة للقسم المتألم من القسم الهدبي ثم يدخل المقص منطبقاً وتقطع كل الأعصاب الهدبية حول القسم المؤخري من المقلة ، ويتحذر من إيذاء العصب البصري . ولكن إذا كانت العين المؤذية غير باصرة ، أو أضعف من أختها ، فلا ريب في وجوب سرعة استئصالها ، ويجب قطع قسم من العصب البصري أيضاً لأنه لا سبيل لمعرفة درجة سير العلة على مسير ذلك العصب .

ومن جهة وجوب استئصال عين أصابتها إيذاء شديد من الغَوْر نقول: إن ذلك واجب إذا استقر فيها جسم غريب لا سبيل لاستخراجه، أو إذا تأذت بحيث يبقى فيها نسيج ندبي متسع بعد البرء، أو تعلّق قسم من القزحية في الجرح بدون إمكانية انقلابه، أو تأذّت البلورية وخرج جانب من الجسم الزجاجي، أو حدث نزف داخل العين، ولا سيما إذا أضيف إلى هذه الظروف بُعْد مسكن العليل عن الطبيب حتى لا يستطيع أن يلاحظ أول أعراض الالتهاب الاشتراكي.

أما **العين المشتركة** في الالتهاب فلا يجوز مسّها ما دامت في حالة الهيجان لأن كل عمل جراحي، في تلك الدرجة، يزيد المنسكبات الالتهابية في القزحية والزوائد الهدبية والجسم الزجاجي فتزيد الالتصاقات بين القزحية والمحفظة وتزيد سيولة الجسم الزجاجي وتكدره، غير أنه إذا اشتدت صلابة / المقلة واشتد على العليل الألم من هذا القبيل يجوز البزل وقطع الصلبة، أما القزحية فلا يجوز مسّها. [١٦٧]

أما **علاج العين التي ابتدأ فيها الالتهاب الاشتراكي** فيجب أولاً إراحتها الراحة التامة مدة مستطيلة فيحصر العليل في غرفة مهوية مظلمة وإذا التزم بالخروج إلى النور توقّى العين بعصابة، أو بزجاجات ملونة، وتغسل بمغلي الخشخاش الفاتر ويقطر فيها أتروپين لأجل فصل السينيخيا إذا كان ممكناً، ويطعم العليل الأطعمة المغذية وربما استدعى ضعفه المقويات والمنبهات مثل الحديد والكينا وبعض الأشربة الروحية، ويدهن حول العين بالمرهم الزيبقي بالكثرة والمواظبة، ويحقن تحت الجلد بمحلول الپيلوكرپين لأجل التعريق عرقاً غزيراً. أما من جهة قطرة الأتروپين فحالما يؤكد عدم إمكانية فصل الالتصاقات بين القزحية والمحفظة فيترك ويعوض عنه بالمورفين أو محلول الپيلوكرپين أي هيدروكلورات الپيلوكرپين جزء واحد وماء مستقطر مائة جزء أو بمحلول الأيسيرين كما تقدم. وبهذه الوسائط ربما تصفى الحدقة حتى يرى قعر العين ويكسب العليل بعض البصر، فليترك على ذلك ولا يعمل فيه عمل جراحي طمعاً بزيادة البصر لأن ذلك يهيج كل الأعراض ثانية. وبعد مرور عدة سنين، عقيب سكون العين، يجوز استخراج العدسية البلورية إذا كانت مظلمة من شق واسع مع قطع قطعة مثلثة الأضلاع من القرنية /. [١٦٨]

١ ـــ مدرياسس ـ انتشار الحدقة[٢] :

هو اتساع الحدقة اتساعاً فوق الدرجة الاعتيادية مع قلة حركتها بدون تغير يعتبر في العين ، ولا يبلغ درجة اتساعها بعد القطر بمحلول الأتروپين أو الدوبواسين . وقد تكون الحدقة منتظمة مستديرة ، وقد تكون غير منتظمة لا تتحرك من قِبَل النور إلا قليلاً ولا بمحاولة التحكيم[٣] ، فيضطرب البصر من قِبَل شدة النور الداخل إلى العين ومن قِبَل دوائر تفريقه على الشبكية .

فإن كان اضطراب البصر من المدرياس فقط يصطلح بنظر العليل عن ثقب صغير في كرتونة[٤] لأنه بذلك يمنع دخول كثرة النور إلى العين ويمنع أيضاً تكوين دوائر التفريق المشار إليها[٥] . ومن تلقاء كثرة النور الداخل إلى العين تخسر الحدقة شدة سوادها فتزرقّ نوعاً أو تخضرّ ، وعلى الغالب يصيب عيناً واحدة ويصيب العينين معاً نادراً ، ولكنه يزعج البصر حتى يتعود العليل عليه فيستخدم العين الصحيحة ولا يفتكر بالأخرى[٦] .

الأسباب : إن بعض المواد الطبية ، مثل البلادونا والبنج والأسترمونيوم ، إذا تناولها أحد شرباً بالكفاية ، أو أدخَلَها إلى العين ، توسع الحدقة . والأكثر استعمالاً إنما هو الأتروپين ، فإذا انحلّ نحو أربع قمحات كبريتات الأتروپين في وقية طبية من الماء وقطر من المحلول في العين تبتدىء الحدقة تتسع بعد نحو ١٥ دقيقة ويبلغ الاتساع معظمه في نحو

---

(١) FUNCTIONAL DISEASES OF THE IRIS .

(٢) MYDRIASIS .

(٣) المطابقة = ACCOMODATION .

(٤) كرتونة : كلمة عامية تستعمل في بلاد الشام للتعبير عن الورق المقوى .

(٥) يشرح هنا فكرة = PIN HOLE EFFECT .

(٦) يشرح المؤلف هنا فكرة تثبيط الرؤية من العين غير الصحيحة = SUPRESSION .

٣٠ دقيقة ، / وتصير الحدقة عديمة الحركة . والفعل أسرع بالنسبة إلى صغر سن العليل ورقّة القرنية لأن المحلول يفعل بنفوذه في القرنية ومزجه بالرطوبة المائية ، حتى إذا قطر حينئذ بالرطوبة المائية في عين صحيحة تتسع حدقتها . [١٦٩]

أما شلل قوة التحكيم أو ضعفها فلا يظهر حتى بعدما تأخذ الحدقة بالاتساع وتعود بالتدريج ، ولكنها لا تبلغ الدرجة الطبيعية تماماً حتى بعد أحد عشر يوماً .

وقوة الفعل ومدة مكثه وهما بالنسبة إلى ثقل المحلول[١] ، فإذا كان خفيفاً ، أي نحو قمحة واحدة في نحو ٨ أو ١٠ أواقي ماء ، تتسع به الحدقة بدون شلل قوة التحكيم . وفعل الأتروپين يتوقف أولاً على إشلاله عاصرة الحدقة الناشئة أعصابها من الزوج الثالث وثانياً بتهييجه[٢] الخيوط المشععة للقزحية الناشئة أعصابها من السمباتوي لأنه في اتساع الحدقة الناشئة عن شلل الزوج الثالث شللاً تاماً لا يبلغ الاتساع معظمه . وإذا قطر محلول الأتروپين في تلك العين تتسع الحدقة أكثر .

وضده لوبيا كالابار فإنه يحدث انقباض الحدقة واعتقال العضلة الهدبية فيحدث إنكفاف بصر ، أي ميوبيا[٣] وقتية ، وذلك بفعله بأعصاب العاصرة وشلل أعصاب الخيوط المشععة الناشئة من السمپاتوي . غير أن اعتقال العضلة الهدبية يدل على تهييج العصب من الزوج الثالث وذلك ممكن لأن الامتحانات المدققة قد أوضحت أن المادة الواحدة إذا فعلت في السمپاتوي تُهيِّج وإذا فعلت في أعصاب الحركة تُخفِّض وتُشِلّ .

ومن **أسباب المدرياسس المزاج الحراري** : وهو يفعل بالتهاب إغماد الأعصاب التهاباً ريوماتسمياً بعد العرض / على البرد والرطوبة وعلى الغالب [١٧٠]
يرافقه شلل العضل الناشئة أعصابها من الزوج الثالث .

---

(١) يقصد بذلك كثافة المحلول وتركيز الأتروپين فيه .

(٢) يقصد بها (تحريضه = STIMULATION) .

(٣) حسر البصر = MYOPIA .

ومن **أسبابه الزهري** وحينئذ لا تتأثر عضلات العين، وقلّما تصاب العضلة الهدبية أيضاً فلا يخسر العليل قوة التحكيم ويعين على التشخيص زوال المدرياسس تحت استعمال يوديد البوتاسيوم .

ومن **أسبابه إيذاء الأعصاب** المتفرعة في عاصرة الحدقة من قبل الضرب أو الرضّ(١) أو الضغط عليها باشتداد الضغط الداخلي(٢) ، أما الحادث من تلقاء ضرب فعلى الغالب جزئي ولا تتأثر كل خيوط العاصرة .

ومن **أسبابه علة فاعلة** في العصب السمپاتوي ، كما في بعض علل النخاع الشوكي ، وتارة يسبق الصرع(٣) أو المانيا(٤) لا سيما المونومانيا(٥) . واتساع الحدقة من قبل ديدان في القناة الهضمية ينسب إلى فعل السمپاتوي . وفي الأولاد ينجم تارة عن جلد عميرة(٦) . ويحدث أيضاً من سم الدفثيريا على الغالب ، المدرياسس غير الفاعل في قوة التحكيم ينسب إلى علة شوكية . والمشلّ قوة التحكيم ينسب إلى علة دماغية . وهو من جملة أعراض بعض العلل الدماغية كالتهاب الأغشية والاستسقاء الدماغي ويرافقه شلل الشبكية .

العلاج : في النوع الحراري يعالج بوضع مصرِّفات أو ذرنوح وراء الأذن وبالكواياكوم(٧) أو الكولشيكم(٨) ويوديد البوتاسيوم ، وكذا في النوع الزهري . ويقتضي في أول الأمر أن يستعلم مقدار فعله بقوة التحكيم ، فالعين الهيبرمتروبية إذا شلّت قوة التحكيم تخسر / قوة البصر البعيد أكثر من [١٧١]

---

(١) TRAUMATIC RUPTURE OF THE SPHINCTER .

(٢) ELEVATED INTRA OCULAR PRESSURE .

(٣) EPILEPSY .

(٤) هوس = MANIA .

(٥) MONOMANIA لعله يقصد به هوس الانفراد : أي خوف الإنسان من مكوثه لوحده .

(٦) جَلْدُ عَميرة هو الاستمناء = MASTER BATION .

(٧) الكواياكوم .

(٨) CHOLCHESIN .

القـريب ، والعين الصحيحـة تخسـر البصـر القـريب ويبقى البعيـد[1] ، والمكفوفة قلّما يتغير بصـرها بـل يرى الأشبـاح القريبـة بالنسبـة إلى درجة الانكفاف . وبعد إزالة الأسباب والوقوف على حقيقة الأمر يقـطر في العين محلول الأيسيرين أو البيلوكربين جزء من أحدهما في ٢٠٠ جزء ماء ، وتقطر في العين نقطة واحدة صباحاً ومساءً ويتركه حالما تنقبض الحدقـة انقباضـاً مستمراً ولا يداوم استعمالها مدة طويلة خـوف فعلها في الملتحمـة . وبعد ذلـك يعوَّل على المجـرى الكهربـائي الخفيف المتصـل فيـوضـع القـطب النحاسي على الجفن والزنكي[2] على النتوء الزوجي أو على مؤخر الرأس .

وشدة فعل المحيطة الجفنية من شأنه أن يقبض الحـدقة فيلزم العليـل بغمض عينيه بشدة عدة مرات كل يوم وأن يُشَغِّل قوة التحكيم بالقراءة ولـو مدة وجيزة كل يوم .

٢ ـ ميوسس ـ انقباض الحدقة[3] :

في هذه العلة تَصْغُر الحدقة حتى تصير على قدر قطورة[4] الدبوس ولا تتغير تحت فعل النور إلا قليلاً جداً ، ولا بفعل الأتروبين فينقطع جانب كبير من النور الداخلي إلى العين فيضعف البصر وتضيق ساحته من محيطها ، أما قوة التحكيم فلم يتحقق درجة تغيرها .

وقد انقسمت هذه العلة باعتبار أسبابها إلى اعتقالي[5] وشللي .

أما **الاعتقالي** : فيصيب العـاصرة على قـول بعضهم والعضلة الهدبيـة على قول البعض الآخر ، أي يفعل بقوة التحكيم ، ومن **أسبابه** : التهـاب الأغشية الدماغية كما في السكتة الدماغية[6] في درجاتهـا الأولى أي درجة

(١) DRUG INDUCED LOSS OF ACCOMODATION .

(٢) ZINC = التوتياء .

(٣) MIOSIS .

(٤) قطورة : يقصد بها قطر الدبوس أي بقدر الثقب الذي يحدثه الدبوس = PIN HOLE .

(٥) تشنجي = SPASTIC والشللي = PARALYTIC .

(٦) STROKE .

[١٧٢] الهيجان ، والسُّكْر أي درجة الهيجان من قبل الكحول / أو كلوروفورم أو أفيون أو نيكوتين ، وفي أوائل نوبة هستيرية ، أو أسباب أُخَر مركزية أو منعكسة فاعلة بفروع الزوج الثالث . وقد يحدث من قبل شدة التحديق مدة في أشباح دقيقة كما في الحفر والصياغة وشغل الساعات وما شاكل ذلك فتقوى العاصرة على الخيوط المشععة[١] .

أما **الشللي** : فمن أعراض الفالج الساري أي تصلب العمودين الخلفيين للنخاع الشوكي[٢] ، ومن أعراض إيذاء الحبل الشوكي في القسم العنقي[٣] ، ومن أعراض كل علل النخاع الشوكي الفاعلة بالجهاز السمپاتوي ، أو من ضغط السمپاتوي العنقي من قبل عقد متضخمة أو من قبل الكواتراونام[٤] غريب أو أنيورسموس[٥] .

أما **علاج** هذه العلة فأولاً بإزالة الأسباب إن كان ذلك ممكناً ، وكثيراً ما تكون بعيدة عن العين نفسها ، وقلّما تستلزم علاجاً بنفسها لأنه عند إزالة السبب المحدث تزول العلة ، وإلا فيمتحن بالأتروپين وما مثله لعله يفيد قليلاً أو وقتياً ويوجه أكثر العلاج إلى العلة المركزية المحدَثة وإن استعصت وأضرّت البصر كثيراً فلا سبيل إلّا فتح حدقة اصطناعية .

ذكر بعضهم تشنج القزحية أي انقباضها وانتشارها بسرعة على التعاقب سمي هپّوس[٦] ، وهذه التشنجات تتوقف على درجة النور وهي علة شبيهة بالنستاغموس[٧] الآتي ذكره في محله .

---

(١) سبق وأن أشرنا أن كثرة المطابقة في العين السليمة ليس لها أية مضاعفات كالتي ذكرها المؤلف هنا .

(٢) لعله يصف مرض التصلب اللويحي = MULTIPLE SCLEROSIS .

(٣) CERVICAL SPINE TRAUMA .

(٤) الكواتراوثام . لم نعلم ماذا يقصد المؤلف بهذه الكلمة .

(٥) أنيورسيموس : تسمى الآن (أم الدم) = ANEURYSM .

(٦) هپوس . لا ندري مقصد المؤلف من هذه الكلمة .

(٧) تسمى اليوم الرأرأة = NYSTAGMUS .

٣ ــ ارتجاف القزحية ـ أريدودونيسس[١] :

سبب هذه العلة إنما هو إزالة العدسية البلورية فلا يبقى سند للقزحية فترتجف مع كل حركة ، وقد يكفي خلع / البلورية لإحداثِها[٢] ، وتحدث [١٧٣] أيضاً في الرطوبة المائية إذا دفعت القزحية إلى الأمام بحيث لا تستند على البلورية . وهذه الحالة لا تستلزم سيولة الجسم الزجاجي كما زعم بعضهم وكثيراً ما يصير الجسم الزجاجي سيالاً بدون حدوث ارتجاف القزحية وتلك السيولة يدل عليها طول مسافة حركة مواد عائمة في الجسم الزجاجي ظاهرة للمرآة العينية . غير أنه إذا تغيرت تغذية البلورية بحيث صغر جرمها فذلك مع سيولة الجسم الزجاجي يحدث ارتجاف القزحية .

٤ ــ جروح القزحية[٣] :

إن جروح القزحية الواخزة أو القاطعة قلّما تأثر فيها إن لم تُصَبْ البلورية أيضاً . أما الجروح الممزِّقة الجاذبة القزحية فشديدة الخطر . وكثيراً ما يحدث مزق القزحية أو فصلها من محيطها[٤] بسبب ضربة ولا سيما إذا التصقت الحدقة بالمحفظة وبذلك تتكون حدقتان . ومهما كان المزق صغيراً في محيط القزحية يتميز بسهولة بواسطة النور المتوارب وبالمرآة العينية ، وعلى الغالب يرافق تلك الجروح انسكاب دم في الغرفة المتقدمة[٥] ، وبعض الأحيان يحدث منها انقلاب حافة الحدقة إلى الوراء جزئياً أو كلياً حتى تلامس الجسم الهدبي فتصير على هيئة حدقة اصطناعية مصنوعة في محيط القزحية ولا ترى الزوائد الهدبية بالمرآة لأن القزحية

---

(١) ارتجاج القزحية = IRIDO DONESIS .

(٢) لا زالت الأسباب المذكورة مقبولة علمياً في وقتنا الحاضر . . . وينصح بأن يبحث فيما إذا كان المريض مصاباً بمتلازمة = MARFAN'S وبيلة الهيموسستين = HOMOCYSTINUREA .

(٣) IRIS LACERATIONS .

(٤) (دِيَالٌ) = IRIS DIALYSIS .

(٥) HYPHEMA .

تغطيها . بعض الأحيان تتمزق دائرة القزحية الصغيرة والعاصرة[1] وتارة يعقب ذلك اتساع الحدقة وأخرى لا تتسع . وفي جانب كبير من الجروح من هذا النوع تنخلع العدسية كليّاً أو / جزئياً أو تكون مصغرة من جرمها الطبيعي . [١٧٤]

أما **علاج جروح القرنية** فبالوسائط لمقاومة الالتهاب ، وإذا خُشي سينيخيا يقطر في العين أتروپين . وإذا انقلبت حافة القزحية إلى الوراء أو لم تخشَ سينيخيا يقطر فيها محلول الأيسيرين طمعاً بإعادة حافة القزحية إلى موضعها ، ولأجل إسراع امتصاص الدم المنسكب تعصب العين ، وإذا نفذت القزحية في جرح القرنية أو الصلبة ترد إلى الداخل بواسطة ميقاف[2] صغير من الكاوتشوك أو بمعلقة (داڤيال)[3] أو يقطع القسم النافذ إن لم يكن ترجيعه ممكناً .

أما المواد الغريبة في العين فقد سبق الكلام بمعاملتها بالكفاية .

٥ ــ نوامي أو أورام القزحية[4] :

منها أكياس على هيئة حويصلات صغار شفافة تارة لها أعناق وتارة لها قواعد عريضة وقلّما تضر على البصر إن لم تنفر إلى الحدقة ، ومن لون السيال فيها تشبه لؤلؤة صغيرة[5] . وبعضها غير شفافة حاوية مادة دهنية وشعرات غليظة[6] قصيرة أو كريات أيثيليوم ، وبعض الأحيان تهيّج القزحية فيرافقها تدمع وخوف النور واحمرار القسم الهدبي وربما بلغ درجة التهاب القزحية .

هذه الأورام على الغالب تلتحق إلى إيذاء القزحية أو استقرار أجسام

---

(١) TRAUMATIC SPHINCTEROTOMY .

(٢) ميقاف : يقصد به الملوق = SPATULA .

(٣) (DAVIAL) لم نجد له ترجمة في المراجع المتوفرة لدينا .

(٤) IRIS MEOPLASMS .

(٥) EPITHELIAL CYSTS .

(٦) DERMOID CYSTS .

غريبة فيها ، وقد يعقب عملية استخراج الكتراكت وتارة لا يعرف لها سبب .

أما / علاجها فالاستئصال مع القسم من القـزحية الـذي نبتت منه . أمـا [١٧٥] بزلها فلا فائدة فيه لأنها تمتلـي أيضاً سريعاً[١] .

ومنها شامات[٢] أو خييـلات و ثآليل خلقيـة على هيئة نقط سـود على مساواة سطح القـزحية أو نـافرة منهـا قليلاً ، وهي على الغـالب تبقى على حالتها ولا تستدعي علاجاً .

أما الأورام الانتصابية فنادرة جداً في القزحيـة ، وذكرت منهـا حوادث كانت على هيئة ثمر العليق[٣] سوداء نافرة إلى الحدقة قليلاً بدون ضرر على البصر ، وربما انسكب منها دم إلى الغرفة المقدمة[٤] ، وتارة بعد مكثها مدة تهيّج أعراض زيـادة ضغط داخلي في العين فتستـدعي قـطع القـزحيـة أو الاستئصال .

وذكرت أيضاً حـوادث سرطـان القزحيـة[٥] ولكنه من امتـداد العلة من الـطبقات الـداخلية ، وكـذلـك الـدرن[٦] والسـركـومـا[٧] . وهـذه الأورام لا تنحصـر في القزحيـة بل تنفـذ في سائـر أنسجة العين ، وحـالما تتحقق طبيعتها تستدعي استئصال المقلة .

أما الكستوشركوس[٨] في الغرفة المقدمة فيعتبر كسائر المواد الغريبة في العين ، ويستخرج بواسطة شق القرنية ولقط الحيوان بجفت القزحية وإن لم

---

(١) لا بد وأنه يصف هنا الكيسات الظهارية = INCLUSION EPITHELIAL CYSTS .

(٢) IRIS NEVUS .

(٣) التوت = BERRY .

(٤) لعله يقصد هنا الـ (HEMANGIOMA أو = VASCULAR ANOMALY .

(٥) IRIS CANCER .

(٦) TUBERCULOSIS .

(٧) SARCOMA .

(٨) CYSTICIRCOSIS .

يمكن فصله بدون زور فليقطع القسم من القزحية الذي انغرز فيه وذلك قلّما يحدث(1) / . [176]

٦ ــ **في عيوب القزحية الخلقية**(2) :

منها **فقد القزحية**(3) **تماماً** : وكثيراً ما يحدث ذلك على سبيل الوراثة في بعض العيال وربما رافقه خلع العدسية أو تزحزحها(4) وإظلامها .

ومنها **نقصان القزحية** : بحيث لا يوجد إلّا القليل من محيطها . وهذه العيوب ، على الغالب ، يرافقها نستاغموس أي اختلاج المقلة ونقصان في نمو القرنية وخلل في قوة التحكيم بسبب وقوف نمو الجسم الهدبي . وهذه العيوب إن لم ترافقها علة أخرى لا تنافي البصر الكافي ولا سيما إذا قطع عن العين جانب من النور بواسطة عوينات محجوبة أي بلوراتها مغطاة حتى لا ينفذ النور إلا في أواسطها لأنه بذلك يمنع تكوين دوائر التفريق على الشبكية .

ومنها **الكلوبوما**(5) **أي القزحية المشقوقة** : وهي نقصان في قسم من دوائرها حتى لا تظهر غير كاملة ، وذلك يرافقه شقاق الجسم الهدبي والمشيمية ، وقدر الشقاق متوقف على درجة النقصان ومجلسه القسم الأسفل غالباً نحو الأنسية(6) ، وهو مثلث الشكل ، قاعدة المثلث نحو الحدقة ورأسه نحو محيط القزحية . وعلى الغالب يصيب العينين معاً ، وكثيراً

---

(1) المعالجة لا زالت مقبولة الآن . . . غير أن استعمال الليزر لشلّ الطفيلي قبل استخراجه قد يفيد لتحديد حركته ومنع انتقاله داخل البيت الأمامي .

(2) CONGENTIAL IRIS ABNORMALITIES .

(3) (ANIRIDIA) وينصح بأن يبحث عن ورم ويلمز (WILM'S TUMOR) في إحدى الكليتين إذ كثيراً ما يرافق هذه العلة .

(4) نقول بل لا بد من وجود ارتجاج العدسة = PHACO DONISIS لعدم وجود القزحية التي تلعب دوراً بتثبيت العدسة في مكانها .

(5) تسمى اليوم الثلمة = COLOBOMA .

(6) لا يزال الوصف السريري هو نفسه في يومنا هذا .

ما ترافقه عيوب أخر خلقية مثل شقاق الجفن(١) وكتراكت خلقي(٢) ، وصغر المقلة(٣) واختلاجها والشفة المشقوقة(٤) والحنك المشقوق(٥) . وربما كان محيط دائرة القزحية كاملاً وسدّ النقصان غشاء ملوَّن حتى تكاد الكلوبوما لا ترى إلا بالنظر المدقق . وإذا انحصرت العلة في القزحية فقلّما تضر على البصر خلاف ما يحدث إذا شملت الجسم الهدبي والمشيمية أيضاً / . [١٧٧]

ومن عيوب القزحية الخلقية **وضع الحدقة في غير مركز القزحية**(٦) **ووجود أكثر من حدقة واحدة**(٧) ، وتارة يصيب هذا العيب العينين على المشابهة والمقابلة . ذُكرت حوادث فيها تعددت الحدقات وانفصلت بعضها عن بعض بخيوط القزحية . وهذا العيب لا يضر على البصر بما يعتبر ولا يحدث بصراً مزدوجاً أو متعدداً .

أما **استمرار الغشاء الحدقي**(٨) بعد الولادة فنادر الحدوث ، وتدل عليه خيوط دقيقة ناشئة من دائرة الحدقة الكبرى مادَّة على الصغرى إلى الجهة المتقابلة من الكبرى ، وربما كان تحتها غشاء دقيق متلوّن ملتصق بحافة الحدقة وبمحفظة البلورية وكثيراً ما تزول بعد الولادة بمدة .

كورستنوما(٩) **أو نفور قسم من القزحية إلى الحدقة** : وهو من أندر

---

(١) EYE LID COLOBOMA .

(٢) CONGENITAL CATARACT .

(٣) MICROPHTHALMUS .

(٤) الشفة المشقوقة : تحكم = HARELIP .

(٥) الحنك المشقوق = CLEFT PALATE .

(٦) ECTOPIC PUPIL .

(٧) POLY COREA .

(٨) REMNANTS OF THE PUPILLARY MEMBRANE .

(٩) (CHORISTOMA) كورستوما : وهي أورام حميدة خلقية تحوي نسيجاً ضاماً وتتوفر في أي قسم من أقسام الجسم وقد توجد على سطح القزحية .
ومنها أيضاً نوع يسمى = PIGMENTED CHORISTOMA ورم جنيني شبكي يتوضع في الرأس والعنق في الأطفال وفي السنة الأولى من العمر ، ويتألف من خلايا ظهارية صباغية =

العيوب الخلقية وربما اشتبه من أول وهلة بينها وبين الثآليل الزهرية فتميز بدقة النظر وبالقصة .

أما **تغيّر لون القزحية**[1] فقد يحدث بدون وجود دليل على علة وقد يرافق الكتراكت العدسي المحفظي[2] .

أما **توليد كُلَف بُنِّية اللون**[3] **على القزحية** مستديرة الشكل متعددة على قدر قطورة الدبوس فقد يصيب بعض العلل الماضي ذكرها ، وقد تحدث بدون وجود علّة سابقة وأكثر حدوثها بعد أواسط العمر .

= شبكية متليفة = FIBROUS RETINAL وخلايا مولدة عصبية = NEUROBLASTIC CELLS متعددة ، PIGMENTED EPITHELIOMA ويتطور حوالي ٤٪ منها إلى أورام خبيثة . وعلاجها الاستئصال الكامل . (الحجاج العين) .

(١) IRIS DISCOLORATION .

(٢) CAPSULAR LENTICULAR CATARACT .

(٣) IRIS FRICKLES .

في الحدقة الاصطناعية[1]

١ ـ قطع القزحية[2] :

[١٧٨] الحدقة الاصطناعية تصنع بقطع ما يكفي من القزحية لأجل / نفوذ النور إلى الشبكية ، والعلل التي تستدعي قطع القزحية للغرض المذكور أو لغرض آخر هي هذه :

١ ـ وجود قطع مظلمة على القرنية تجاه الحدقة لا سبيل إلى إزالتها إن حدثت سينيخيا مقدمة أو لم تحدث .

٢ ـ إنسداد الحدقة بمواد فيبرينية المسمّى كتراكت كاذب ، أو سينيخيا خلفية كاملة ، أو مقاربة الكمال إن أظلمت محفظة البلورية أو لم تظلم ، وإن حضر التهاب مشيمي سمپاتوي أو غير سمپاتوي أو لم يحضر .

٣ ـ تقرح القرنية المستدعي تخفيف الاشتداد الداخلي بواسطة بزل الرطوبة المائية والمؤدي إلى إظلام القرنية تجاه الحدقة .

٤ ـ أشكال استفيلوما القرنية والصلبة .

٥ ـ الكلاوكوما .

٦ ـ تزحزح الرطوبة البلورية مجانبة إذا شتّرت العدسية الشفافة الحدقة حتى يضطرب البصر بذلك .

٧ ـ في إظلام قسم من المحفظة أو البلورية إذا وقف على درجته أو كان تقدمه بطيئاً جداً بحيث لا يسوغ استخراجها إلا بعد مدة طويلة .

٨ ـ ورم العدسية وانتفاخها بعد شق المحفظة عرضاً أو عمداً إن لم يمكن استخراج العدسية في شق البزل وضغطت على القزحية أو وقعت في

---

(١) ARTIFICIAL PUPIL .

(٢) IREDECTOMY .

الحدقة أو في الرطوبة المائية بحيث يقع خطر من تهيّج التهاب القزحية وسدّ الحدقة بالمولدات الالتهابية .

[١٧٩] ٩ ـ استعانة على استخراج الكتراكت / .

١٠ ـ استعانة على استخراج أجسام غريبة من الرطوبة المائية أو من القزحية إن لم يمكن رفعها بدون إيذاء القزحية .

١١ ـ في انقباض الحدقة انقباضاً مستعصياً .

أما كيفية العمل فهي أن تفتح العين بمثبت الجفون وتثبت المقلة بجفت التثبيت وتشق القرنية عمودياً على هاجرة القسم المنويّ قطعه من القزحية وتشقّ بسكين رمحي الشكل جالس[1] أو ذي زاوية ، حسب القسم المطلوب شقه ، ويدخل السكين على نحو خط من حافة القرنية ، وبعدما يوسع الشق في القرنية بما يكفي ، يجذب السكين تدريجياً حتى تخرج الرطوبة المائية بالتدريج خوف النزف . كثيراً ما يُدفع قسم من القزحية إلى الشق بخروج الرطوبة المائية وإلا فيدخل جفت القزحية إلى الغرفة المقدمة وتلقط القزحية ويجذب قسم منها إلى الخارج فيقطع بمقص منحنٍ عند زاوية من الشق من الحدقة نحو المحيط ثم يجذب منها أكثر حتى ينفصل من المحيط فيُقطع عند الزاوية الأخرى من الشق في القرنية . وإن حدث نزف إلى الغرفة المقدمة يستخرج الدم على قدر الإمكان من الشق ثم يقطر في العين محلول الأتروپين وترفد وتعصب العينان ويحصر العليل في فراشه على السكوت والهدوء التام .

أما مقدار القسم الذي يجب قطعه ومجلسه فحسب الغرض المطلوب ، وكل حادثة تقام على حدتها من هذا القبيل ، وتكفي لذلك فطنة الجراح . وإذا كان الغرض استخراج جسم غريب ربما اقتضى جذب السكين بسرعة حتى تدفق الرطوبة المائية بسرعة فتحمل الجسم الغريب

[١٨٠] قدامها / .

---

(١) يقصد بها (مستقيم) = STRAIGHT .

ومن العوارض التي تخشى ويتحذر منها :

١ ـ جرح المحفظة .

٢ ـ مزق القزحية بالجفت .

٣ ـ ترك حافة القزحية بدون قطع .

٤ ـ بقاء مواد صابغة أو غشائية في الحدقة المصطنعة[١] .

٥ ـ تمزيق القزحية عن الرباط الهدبي .

٦ ـ نزف شديد .

٧ ـ خروج بعض الجسم الزجاجي .

٨ ـ انفصال الشبكية .

٩ ـ شدة الالتهاب .

١٠ ـ إظلام القرنية بجوار الشق .

وكل هذه العوارض يقتضي ذكرها فقط حتى يكون الجراح على انتباه منها فيأخذ الوسائل اللازمة لدفعها على قدر الإمكان .

٢ ــ شتر الحدقة أردوريسس[٢] :

إذا كان الغرض فتح حدقة اصطناعية لأجل إصلاح البصر فقط ، كما في القرنية المخروطية أو أستفيلوما القرنية أو كتراكت قشري خلقي ، يُؤثَرُ شتر الحدقة أو جذبها على قطعها ، وكيفية العمل هي بعد شق القرنية ، كما تقدم ، تلقى على الشق أنشوطة خيط حرير دقيق ويدخل الجفت داخل الأنشوطة فتلقط حافة الحدقة وتجذب إلى الأنشوطة ثم تعقد حتى تبقى

---

(١) لا يزال هذا الاختلاط يتكرر معنا إلى يومنا هذا حين إجراء خزع القزحية المحيطي أثناء عملية استخراج الساد منعاً لحدوث زرق ثانوي ، إذ يقص الجراح الطبقات الأمامية من القزحية فقط وتبقى الطبقة الصباغية سليمة مما قد يضطر الجراح إلى خزعها بعد فترة بجهاز الـ (YAG LASER .

(٢) UP DRAWN PUPIL = IRIDO - RECESS .

ولم تعد هذه العملية مستعملة في وقتنا الحاضر بل استبدلت بعمليات جراحية أقل خطورة وأكثر نفعاً .

موضعها ويقطع طرفا الخيط وترفد العين وتعصب . فالقسم المخنوق يضمر ويسقط سريعاً فترفع الأنشوطة في اليوم الثاني أو الثالث . وأما جذب حافة الحدقة إلى الشق فربما كان الشص الدقيق أصلح من جفت القزحية . ويتحذر من فصل القزحية عن الجسم الهدبي في الجهة المتقابلة . وإذا كان الغرض جذب الحدقة قليلاً إلى جانب واحد بدون قطع العاصرة يلقط محيط القزحية ويجذب إلى الشق وإلى الأنشوطة حتى تقع الحدقة تجاه / القسم [١٨١]
المعين لذلك ثم تعقد الأنشوطة كما تقدم .

وفي بعض الحوادث يكفي جذب حافة الحدقة إلى الشق وإلى الخارج قليلاً فيلتحم عليها بدون ربطها[١] ، وحالاً ترفد العين وتعصب . فالقسم النافر يسقط عن قريب ، وربما كان هذا العمل أسلم من الأول من جهة حدوث التهاب القزحية أو التهاب القسم الهدبي عقيبه .

٣ ـ فصل حافة الحدقة كوريليسس[٢] :

الغرض في هذا العمل إنما هو فصل حافة الحدقة الملتصقة بالمحفظة البلورية إذا بقي شيء من المحفظة شفافاً فيتم العمل بشق القرنية من وحشيتها بسكين رمحي الشكل ، كما تقدم ، ثم يدخل شص إلى الغرفة المقدمة وبه نفصل حافة الحدقة . وقبل العمل يقطر في العين محلول الأتروپين الثقيل ويرمي النور إلى العين بالورب حتى يتحقق مجلس الالتصاقات . وإذا تعين ذلك يوافق شق القرنية تجاهه عوضاً عن الجهة الوحشية . ومنهم من يستعمل جفت القزحية عوضاً عن الشص ، ويكرر العمل إذا اقتضى الأمر . وبعده يقطر إلى العين محلول الأتروپين وتغطى العين ويرقد العليل في غرفة مظلمة مهوية على أتم الهدوء والسكون ، وبعد ساعتين تكشف العين وإن لم تكن الحدقة اتسعت تعاد قطرة الأتروپين ثم ترفد العين وتعصب ولا توضع على العين وضعيات باردة بل يبقى العليل في

---

(١) لعله يصف هنا عملية فتق القزحية = IRIDINCLEISIS .

(٢) CORIOLYSIS .

الظلام وعلى غاية الهدوء نحو أربعة أيام ، ويقطر بمحلول الأتروبين كل يوم مرة أو أكثر حسب مقتضى الحال / . [١٨٢]

٤ ــ فصل القزحية عن الجسم الهدبي ـ أردوياليسس[١] :

إذا كان أكثر القرنية مظلماً ولم يبقَ منها شفافاً إلا قسم صغير بقرب المحيط تصنع حدقة اصطناعية بفصل القزحية عن الجسم الهدبي تجاه القسم الشفاف من القرنية فتشق القرنية في قسمها المظلم ويدخل جفت القزحية أو الشص إلى الغرفة المقدمة وتلقط القزحية من محيطها وتجذب إلى الشق وتقطع فتحدث حدقة في محيط القزحية تجاه القسم الشفاف من القرنية .

---

(١) IRIDODIALYSIS .

القسم الرابع

في علل الجسم الهدبي والصلبة

ذكر في الفصول السابقة أن أقسام القسم العنبي إذا التهب قسم منها يشترك معه سائر الأقسام غالباً ، وقد يبتدىء في القزحية ويُمَدُّ إلى المشيمية ، وقد يبتدىء في المشيمية ، ويُمَدُّ إلى القزحية ، وعلى الحالتين يصيب الجسم الهدبي ، وأكثر حدوثه من تلقاء سينيخيا خلفية عامةً أكثر الحدقة أو كلها . أما الكيكليتس الذاتي فعلى الغالب من تلقاء إيذاء ميكانيكي مثل جرح أو ضربة أو تعلق جسم غريب فيه .

ومن **أعراضه** : خوف النور وتدمع ومنطقة أوعية حمراء تحت الملتحمة حول القرنية مشععة وألم في القسم الهدبي لا سيما تحت الضغط / وأوجاع نقرالجية في [١٨٣]
جوار العين ، وتارة هيپوپيون . وبناء على المولدات الالتهابية الحادثة انقسمت هذه العلة إلى كيكليتس مصلي وكيكليتس صديدي .

أما **النوع المصلي** فكثيراً ما يرافق التهاب القزحية المصلي ويدل عليه ألم القسم الهدبي إذا ضغط عليه بمسبر أو مجس[2] ، ومجلس أشده في الغالب هو القسم العلوي الأنسي ، وربما اشتدت صلابة المقلة واتسعت الحدقة وقلّ عمق الغرفة المقدمة وتكدر صفاء الجسم الزجاجي وظهرت فيه مواد مظلمة كبيرة الجرم أو صغيرة عائمة أو ثابتة . وأوردة القزحية متمددة متعارجة وحافتها الهدبية منجذبة إلى الوراء بسبب التصاقها بالجسم الهدبي بارتشاح ليمفا فتتراءى[3] الغرفة المقدمة أعمق من العادة والرباط المسنن نافر إلى الأمام فتشبه القزحية بلورة ساعة في بروازها . أما البصر فمضطرب جداً وذلك من قبل سببين : **أحدهما** : المواد المظلمة في الجسم الزجاجي ، **والآخر** : فعل اشتداد الضغط الداخلي بالشبكية

---

(١) CYCLITIS .

(٢) PROBE .

(٣) في الأصل : فتترايا .

وقوة التحكيم ضعيفة وساحة البصر متضيقة . وهذه الأعراض شديدة الخطر وإن لم تذعن سريعاً للعلاج تستدعي قطع القزحية بدون تأخير لا سيما إذا أضيفت إلى أعراض التهاب قزحي مصلي المتقدم ذكره .

أما النوع **الصديدي** فأشد خطراً من المصلي ، ومن **أعراضه** : اشتداد الاحمرار والاحتقان الصلبي واشتداد النقرالجيا وخوف النور والتدمع وتغير لون القزحية واتساع أوردتها أكثر مما في النوع الأول ، وذلك معدود من الأعراض
[١٨٤] المميزة لالتهاب / الجسم الهدبي ، وسببه عاقة خروج الدم من أوردة القزحية من قبل انجذاب القزحية إلى الوراء ، كما تقدم ذكره . والقسم الهدبي مؤلم تحت الضغط ألماً شديداً ، والصديد يظهر في الغرفة الأمامية على هيئة هيپوپيون وهو إما من القزحية وإما من الجسم الهدبي نفسه ، فينفذ في غشاء دسماة الرقيق الفاصل بين الغرفة المقدمة والجسم الهدبي ، فإن انتفى كون الصديد من القرنية ومن القزحية تحقق حدوث التهاب الجسم الهدبي . وإذا حدثت سينيخيا خلفية أو انسدت الحدقة يجتمع الصديد خلف القزحية وربما نفذ إلى الجسم الزجاجي(١) ، وهذه العلة كثيرة الحدوث عقيب إيذاء الجسم الهدبي وعقيب الكتراكت وفي الالتهاب الاشتراكي .

أما **العلاج** : فمن بداءة الأمر بالوضعيات الحارة المسكنة مثل مغلي الخشخاش والماء الأسمر وإرسال علق على القسم الصدغي ، ويقطر محلول الأتروپين إلى العين إن لم يكن التصاق السينيخيا شديداً حتى ينافي ذلك على المبدأ المذكور آنفاً ، ويسكن الألم بحقن مورفين تحت الجلد ، ويضاف إلى كل ربع قمحة مورفين $\frac{١}{٦٠}$ من القمحة من الأتروپين دفعاً لعواقب المورفين . وإذا كان الألم منقطعاً يبادر إلى مناولة الكينا . ويفيد أيضاً وضع المرهم الزيبقي للجبهة والصدغ ويقتضي إراحة العين السالمة على التمام لأن محاولة تحكيمها يهيج المصابة ، فالأَوْلى عَصْبُ الاثنتين . وإن لم تنجح هذه الوسائط يقتضي قطع
[١٨٥] الصلبة تخفيفاً للضغط ولفتح طرق الارتشاح من داخل العين ، كما تقدم ذكره / مراراً . وبعضهم أشاروا بقطع القزحية وبعضهم يتحاشون ذلك .

---

(١) ويحدث ما يسمى = ENDOPHTHALMITIS .

إن الزاوية التي يلتقي فيها النسيج الموصل للجسم الهدبي وعضلة التحكيم ووجه القرنية الأمامي والخلفي ونسيج القزحية والصلبة سميت الزاوية القزحية[2] . وهذه الأنسجة معاً تكون نسيجاً كثير الخلايا والمسام سُمِّيَ نسيجاً مجوفاً عند حافة الغرفة الأمامية ، وتدخله خيوط من جميع الأنسجة المشار إليها ، ومن غشاء دسماة أيضاً . فالخلايا الكبار المتصلة سميت قناة فونتانا ، وهي ليست قناة واحدة بل خلايا كثيرة متصلة بعضها ببعض وبالغرفة الأمامية . أما في الصلبة نفسها فتتكون قناة متصلة سميت قناة (شلم)[3] . فخلايا فونتانا وقناة (شلم) إنما هي خلايا طويلة في النسيج المشار إليه متصلة بعضها ببعض ، وبعضها أقرب إلى الغرفة الأمامية ، وبعضها أقرب إلى سطح الصلبة ويبطنها الأندوثيليوم من غشاء دسماة على الهيئة المرصعة ، وكلما صغرت الخلايا والأقنية المشار إليها ، لكي تتكون منها الخلايا القرنية والخلايا الصلبة ، تحولت كريات الأندوثيليوم إلى كريات قرنية أو صلبية ، فالحالة هذه تكون الغرفة الأمامية متصلة بخلايا فونتانا وقناة شلم ، وخلايا القرنية والصلبة الليمفاوية وقناة شلم متصلة بالأوردة الصلبية ، ويمكن حقن تلك الأوردة من الغرفة الأمامية ، وعلى هذه الطريقة يتم اتصال الأقسام المذكورة بالدورة العامة . / وهذه الأمور كلية الاعتبار إذ تبين كيفية تخفيف الضغط الداخلي [١٨٦] بقطع الصلبة أو بقطع القزحية ، ويعلل بها أيضاً عن زيادة الضغط الداخلي الحادث من تلقاء كل ما يسد الزاوية القزحية أو يحدث فيها التهاباً .

أما نسيج الصلبة فمؤلف من حزم نسيج موصل مرتبطة[4] بعضها ببعض رباطاً مثبتاً ، وتلك الحزم تتقاطع تقاطعاً عمودياً أي تتكون بينها زوايا قائمة ، والحزم

---

(١) SCLERITIS .

(٢) ANTERIOR CHAMBER ANGLE .

(٣) SCHLEM'S CANAL .

(٤) في الأصل : مرطبة .

القريبة إلى سطح الصلبة الداخلي لها كريات صابغة منتشرة بينها . وأغلظ نسيج الصلبة واقع حول مدخل العصب البصري إذ يتصل به نسيج غلاف العصب ، وفي ذلك القسم حول الحلمة البصرية المنطقة الوعائية الخلفية فترسل فروعاً إلى الحلمة البصرية وإلى المشيمية فيتم بها الاتصال بين الدورة الهدبية والدورة الشبكية . أما سطح الصلبة الظاهر فأقل متانة ، ونحو مقدم العين تقصر خيوطها وتغلظ حتى تتحول إلى النسيج تحت الملتحمة المسمى أيضاً النسيج فوق الصلبة[1] ، وهو كثير الأوعية الدموية المتصلة بالأوعية الهدبية ، وهذا النسيج يكثر بنوع أخص حول القرنية وذلك بسبب المنطقة الحمراء حول القرنية في الاحتقان والالتهاب. وهذه الأوعية بسبب متانة النسيج حولها لا تتحرك، وبذلك تتميز من أوعية الملتحمة السهلة التحريك فوق الصلبة .

أما التهاب الصلبة ، أو النسيح فوق الصلبة ، فعلَّةٌ مستعصيةٌ كثيرة الانتكاس ، ومن أعراضها نتوءات صغار حمر أو حمر مع شيء من الصفرة[2] على الصلبة بقرب حافة القرنية تجاه مُنْدَغَم[3] إحدى العضلات المستقيمة ، ومجلسها
[١٨٧] الغالب تجاه / مُنْدَغَم المستقيمة الوحشية . وتلك النتوءات ، من أول وهلة ، تشبه البثرات القوباوية في قوباء الملتحمة ، وتتميز منها بنسيج الأوعية التي تكسوها وعدم تقرح رؤوسها . وإذا تقرحت نتوءات الصلبة فهي عقيب جروح أو عقيب علّة ابتدأت في نسيج آخر مثل التهاب الملتحمة أو المشيمية أو علة زهرية أو سرطانية ، وتميز أيضاً بإحداثها ما يشبه قسماً من قوس الأشياخ في القسم من القرنية تجاه القسم المصاب من الصلبة ، ولا يتقدم ذلك نحو أواسط القرنية خلاف ما يحدث في التهاب القرنية والمشيمية ، ولا يبقى لتلك النتوءات عواقب في الصلبة غير تغيّر لونها قليلاً خلافاً لما يحدث إذا أصيبت المشيمية أو القزحية . وفي بعض الحوادث يشكو العليل تدمعاً وخوف النور وأوجاعاً نفرالجية ، والبعض لا شيء من ذلك ، ولا يشكو غير ألم بليد في المقلة وحولها ، والقسم المصاب

---

(١) EPISCLERAL TISSUE .

(٢) EPICLERAL NODULES .

(٣) إرتكاز = INSERTION .

مؤلم تحت الضغط قليلاً والنتوءة يخف احمرارها وتضمر بالتدريج حتى تزول بعد أشهر أو تعود في موضع آخر ، وربما حتى تدور حول القرنية كلها وهي علة بطيئة السير بليدة(١) .

التهاب الصلبة ، أو التهاب النسيج تحت الصلبة ، تصيب بالأكثر أصحاب المزاج الحراري المفصلي ، ولا سيما الذين يظهر فيهم في الركبتين ، وربما يسبق التهاب الصلبة سائر الدلائل على وجود هذا المزاج . وقيل : إنه يصيب الإناث البالغات أواسط العمر بالأكثر ، ومنهم من نسبه إلى المزاج النقرسي وقد يحدث من السم الزهري فتستعصي جداً إن لم يعالج علاجاً موافقاً للزهري .

أما **علاج** هذه العلة ففيه يتحذر من كل المواد المهيِّجة ، فيعتمد / على [١٨٨]
الغسولات المسكنة مثل مغلي الخشخاش الفاتر ، ولا يقطر في العين محلول الأتروپين إلا إذا خيف إصابة القزحية أيضاً وحينئذ يقطر منه ما يكفي لمنع السينيخيا الخلفية ، ويتحذر من كل القطرات المهيّجة ويعتمد على الحقن تحت الجلد بمحلول هيدروكلوات الپيلوكرپين ، أي يصنع منه محلول عشرة أجزاء منه في مائة جزء ماء ، ويرمى منه تحت الجلد نحو خمس نقط مرة كل يوم ما دام العليل في فراشه أو تزاد الكمية حسب مقتضى الحال حتى يحدث عرق غزير . ويتناول العليل شرباً نحو ٣٠ أو ٤٠ قمحة يوديد البوتاسيوم كل يوم ، وإذا كان العليل ضعيف البنية قليل الدم يتناول مستحضرات الحديد شرباً ويوديد البوتاسيوم حقناً في المستقيم ، ويتحذر من كل علاج مضعف . والحُقَن المشار إليها لا تضعف العليل بما يعتبر إذا تناول كل يوم ما يكفي من الأطعمة المغذية السهلة الهضم ومن المقويات لا سيما الكينا . وإذا ظهرت أعراض نقرسية تُعطى مستحضرات الكواياك أو الكولشيك أيضاً مع صبغة الأكونيت(٢) ، أما الزهري فيعالج بالدلك الزيبقي وبيوديد البوتاسيوم شرباً أو حقناً كما تقدم .

بما أن هذه العلّة ثانوية تابعة لعلّة أخرى فلا سبيل لذكر أسبابها هنا ، ومن

---

(١) نلاحظ دقة المؤلف في وصف الأعراض والعلامات والسير الطبيعي للمرض ، وهي كلها لا تزال مقبولة حتى وقتنا الحاضر .

(٢) صبغة الأكونيت لعلها تشتق من نبات خانق الذئب = ACONITUM LYCOCTONUM .

عواقبها استرقاق القسم المصاب من الصلبة فتعدّ لحدوث استفيلوما إذا زاد الضغط الداخلي .

٢ ــ استفيلوما صلبية أمامية[١] أو عنبية أمامية أو التهاب المشيمية والصلبة[٢] :

هذه العلّة إما حادة وإما مزمنة أما الخلقيّة فسوف يأتي . . . .[٣]

(١) ANTERIOR STAPHYLOMA .

(٢) CHORIO SCLERITIS .

(٣) انتهى الكتاب هنا بشكل مفاجىء . . ولا ندري ما إذا كان هناك سقط في نهاية الكتاب أم ضياع الأوراق الأخيرة .

المراجع العربية

١ ـ البارودي ، إسكندر نقولا : حياة كورنيليوس فان دايك ، المطبعة العثمانية ، بعبدا ـ لبنان ، ١٩٠٠ م .

٢ ـ الشطي ، أحمد شوكت : تاريخ الطب وآدابه وأعلامه ، مديرية الكتب الجامعية ، جامعة حلب ، ١٩٨١ ـ ١٩٨٢ م .

٣ ـ الشهابي ، الأمير مصطفى : معجم الشهابي في مصطلحات العلوم الزراعية ، مكتبة لبنان ، بدون تاريخ .

٤ ـ المعجم الوسيط ، الدكتور إبراهيم أنيس ورفاقه : مجمع اللغة العربية بالقاهرة ، بدون تاريخ .

المراجع الأجنبية

1 - Kolker , AE , Hetherington , J = Becker - Shaffer's Diagnosis and Therapy of Glaucomas , 5th Edition , St. Louis , The C.V. Mosby Co. 1983 .

2 - System of Ophthalmology .
Edited by Sir Stewart Duk-Elden . Vol. VII , The Foundation of Ophthalmology , St. Louis , The C.V. Mosby 1962 .

3 - Rootman , Jack , Diseases of the Orbit . J.B. Lippincott Co., Philadelphia , 1988 .

4 - Lexicon Arabico - Latinum , by Jacobi Colli , Typis Bonauenturae Abrahami . Elseviriorum , 1653 MPCL III .

الفهرس

الموضوع	الصفحة
إهداء	٥
شكر وتقدير	٧
مقدمة	٩
المؤلف كورنيليوس فان دايك	١٣
مولده، نشأته وثقافته	١٣
هجرته إلى بلاد الشام	١٤
ترجمته للتوراة	١٥
تأسيسه للجامعة الأميركية	١٦
شخصيته، تواضعه وحبه للشرق	١٧
من منجزاته	١٨
وفاته ومراثيه	١٩
مؤلفاته	٢٢
الكتاب	٢٩
عملنا في التحقيق	٣٤
الجزء الأول من كتاب أمراض العين	
أقوال كلية في علاج أمراض العين	٤٣
١ ـ الأغراض المتعلقة بسبب المرض	**٤٣**
أ ـ أسباب ميكانيكية	٤٣

الموضوع | الصفحة

١ ـ فرك العين ٤٣
٢ ـ فعل الغبار بالقرنية والملتحمة ٤٤
ب ـ أسباب كيميائية ٤٥
١ ـ جمع أقذار على حافة الجفن ٤٥
٢ ـ استعمال مواد شفائية حريفة ٤٥
٣ ـ سعط السعوط ٤٥
٤ ـ السكن في محل رطب ٤٦
ج ـ أسباب خاصة ٤٦
١ ـ رياح شديدة ٤٦
٢ ـ الحر الشديد ٤٧
٣ ـ البرد الشديد ٤٧
٤ ـ الانتقال الفجائي من هواء بارد إلى هواء ساخن ٤٧
د ـ من الأسباب المهيجة للعين ٤٧
هـ ـ ومن الأسباب المهيجة ٤٨
و ـ ومن الأمور المتعلقة بأسباب المرض ٤٩
٢ ـ الأغراض المتعلقة بالمرض نفسه ٥٠
١ ـ تقليل الحرارة ٥٠
٢ ـ بواسطة استفراغ دم ٥١
٣ ـ بواسطة التدبير المضعف ٥١
٤ ـ الأدوية المضعفة المسكنة ٥١
٥ ـ بواسطة المحولات والمصرفات ٥٢
٦ ـ بواسطة المخدرات ٥٢
٧ ـ بواسطة المواد الموسعة للحدقة ٥٣
٨ ـ بواسطة المواد التي تقبض الحدقة ٥٤
٩ ـ بواسطة مواد قابضة مهيجة ٥٦

فحص العين ٥٧
١ ـ قياس ضغط العين بالجس ٥٧
٢ ـ حدة البصر ٥٩
٣ ـ ساحة البصر ٦٠
٤ ـ النقطة العمياء وخط النظر والمحور البصري ٦٢
٥ ـ البصر المزدوج ٦٢
أ ـ بصر مزدوج مجانس ٦٣
ب ـ النوع المتصالب ٦٦
جـ ـ فعل المنشور المثلث ٦٨

القسم الأول : في علل الملتحمة

الفصل الأول : في هيبيريميا الملتحمة ٧٣
الفصل الثاني : الرمد الزكامي : زكام الملتحمة ٧٨
الفصل الثالث : الرمد الغشائي ٨٤
الفصل الرابع : الرمد الصديدي ٨٧
الفصل الخامس : الرمد التعقيبي ٩٩
الفصل السادس : رمد المولودين حديثاً ١٠١
الفصل السابع : الرمد الدفثيري ١٠٤
الفصل الثامن : الرمد الحبيبي أو البرغلي ـ التراخوما ١٠٨
الفصل التاسع : قوباء الملتحمة ـ الرمد القوباوي ١١٩
الفصل العاشر : أنواع الرمد النفاطي ١٢٢
الفصل الحادي عشر : في بعض عواقب الرمد ١٢٤
١ ـ الظفر ١٢٤
٢ ـ جفاف الملتحمة ١٢٦
٣ ـ سمبلفارون ١٢٩
٤ ـ أنكيلو بلفارون ١٣٠

٥ ـ أورام الملتحمة ١٣٠

القسم الثاني : في علل القرنية

الفصل الأول : التهاب القرنية = كراتيتس ١٣٩
١ ـ كراتيتس وعائي = سبل القرنية ١٤٣
٢ ـ كراتيتس حويصلي أو قوباوي أو قوباء القرنية ١٤٦
٣ ـ كراتيتس برنكمي أو متسع ١٥٠
٤ ـ كراتيتس صديدي ١٥٤
الفصل الثاني : عواقب الكراتيتس ١٦٢
١ ـ في سبل القرنية ـ الجوخة ـ كراتيتس سطحي ١٦٢
٢ ـ قروح القرنية ١٦٤
٣ ـ بياض القرنية ١٦٨
٤ ـ قوس الأشياخ ١٧٢
الفصل الثالث : استفيلوما أو عنبة العين ١٧٣
١ ـ القرنية المخروطية ١٧٣
٢ ـ استسقاء الرطوبة المائية أو عين الثور ١٧٧
٣ ـ استفيلوما القرنية والقزحية ١٧٨
٤ ـ آفات القرنية وجروحها ١٨١

القسم الثالث : في علل القزحية

الفصل الأول : في هيبيريميا القزحية ١٨٥
الفصل الثاني : التهاب القزحية ١٨٩
١ ـ التهاب قزحي ذاتي بسيط أو فيبريني ١٩٣
٢ ـ التهاب قزحي مصلي ١٩٣
٣ ـ التهاب قزحي صديدي أو برنكيمي ١٩٤
أ ـ التهاب قزحي زهري ١٩٥
ب ـ التهاب قزحي حراري و نقرسي ١٩٦

جـ ـ التهاب قزحي التعقيبي ١٩٦
الفصل الثالث : التهاب القزحية والمشيمية ٢٠٥
الفصل الرابع : التهاب العين الاشتراكي ٢١٢
الفصل الخامس : في علل القزحية الوظيفية ٢١٨
١ ـ مدرياسس = انتشار الحدقة ٢١٨
٢ ـ ميوسس = انقباض الحدقة ٢٢١
٣ ـ ارتجاف القزحية = أريدودونيسس ٢٢٣
٤ ـ جروح القزحية ٢٢٣
٥ ـ نوامي أو أورام القزحية ٢٢٤
٦ ـ في عيوب القزحية الخلقية ٢٢٦
الفصل السادس : في الحدقة الاصطناعية ٢٢٩
١ ـ قطع القزحية ٢٢٩
٢ ـ شتر الحدقة = أردو ريسس ٢٣١
٣ ـ فصل حافة الحدقة = كوريليسس ٢٣٢
٤ ـ فصل القزحية عن الجسم الهدبي = أردو دياليسس ٢٣٣

القسم الرابع : في علل الجسم الهدبي والصلبة

الفصل الأول : التهاب الجسم الهدبي = كيكليتس ٢٣٧
الفصل الثاني : التهاب الصلبة ٢٣٩
المراجع العربية ٢٤٣
المراجع الأجنبية ٢٤٣
الفهـــرس ٢٤٤